

こども医療費受給者証資格記載事項変更届・再交付届・喪失届

令和 年 月 日

呉市長 様

次のとおり申請します。

なお、こども医療費支給要綱に基づく資格審査のために私の世帯員の住民票の原本等を確認されることに同意します。

申請者住所  
(保護者)

申請者氏名  
(保護者)

電話番号  
(星間連絡可能な番号)

対象者(子ども)との続柄

( )

父・母

対象者 (子ども)	フリガナ		生年月日	受給者番号
	氏名		H・R 年 月 日	
	フリガナ		生年月日	受給者番号
	氏名		H・R 年 月 日	
	フリガナ		生年月日	受給者番号
	氏名		H・R 年 月 日	

健康保険の変更

対象者(子ども)の健康保険証

※コピーを添付してください。

氏名変更

変更前	変更後	変更年月日
		R 年 月 日
		R 年 月 日
		R 年 月 日

住所変更

変更前	変更後	変更年月日
呉市	呉市	R 年 月 日

変更前住所に送付希望

保護者変更

	変更前	変更後
氏名		
生年月日	S・H 年 月 日	S・H 年 月 日
住所		
変更理由	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 所得逆転 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

再交付

申請事由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 損傷 <input type="checkbox"/> その他 ( )
------	--

喪失

申請事由	喪失事由発生年月日
<input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 市外転出 <input type="checkbox"/> その他 ( )	R 年 月 日

<受付職員記入欄> ※ 以下は記入しないでください。

提出書類	依頼・添付済 <input type="checkbox"/> _____ の健康保険証の写し <input type="checkbox"/> その他 ( )
ひとり親医療	<input type="checkbox"/> 資格有 <input type="checkbox"/> 資格無 <input type="checkbox"/> 申請中   児童手当 <input type="checkbox"/> 資格有 <input type="checkbox"/> 資格無 <input type="checkbox"/> 申請中
受給者証回収	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未   * 喪失の場合のみ

<担当課記入欄>

交付年月日	令和 年 月 日	備考	受付者
担当	主査   支援 (GL)   課長		

