

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について、公簿等(マイナンバー制度による情報連携を含む)で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	
	マイナンバー	- -		
	フリガナ		生年月日	受給者番号
	氏名		H・R 年 月 日	
	マイナンバー	- -		
	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

※資格確認書・医療保険の情報・資格情報のお知らせのコピーを添付してください。マイナ保険証によるマイナポータルの画面の場合は職員が目視確認必要

加入健康保険	記号	番号	被保険者氏名(※必須)	資格取得年月日 平・令 . .
	保険者名(※必須)			
	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 呉市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 船員保険() <input type="checkbox"/> その他()			

氏名変更

変更前	変更後	変更年月日
		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		
事由・年月日	<input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 所得逆転 <input type="checkbox"/> その他()	
		R 年 月 日

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・年月日	
<input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 施設入所 <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	<input type="checkbox"/> の健康保険の確認書類添付 <input type="checkbox"/> マイナ保険証で目視確認 <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	備考	

<担当課記入欄>

交付年月日	令和 年 月 日	備考	受付者
担当	課長補佐 支援GL 課長		

受付印