様式第1号

子 ど も 医 療 費

受給者証（交付・再交付）申請書
受給資格等（変更・喪失）届

令和　　年　　月　　日

豊橋市長様

保護者　住所　豊橋市　　電話　　－

フリガナ
氏名　　昭和・平成　　年　　月　　日生

宛名コード ※（　　）　　子どもとの続柄（　　）

下記のとおり（申請／届出）いたします。

記

		交付・再交付・変更・喪失	変更前
受給者	住所	豊橋市	
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日	
	個人番号		
	宛名コード ※		
子ども	住所	豊橋市	
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	平成・令和　　年　　月　　日	
	受給者番号	02　　宛名コード ※	
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	平成・令和　　年　　月　　日	
	受給者番号	02　　宛名コード ※	
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	平成・令和　　年　　月　　日	
	受給者番号	02　　宛名コード ※	
保険の加入状況（子ども）	被保険者（国保の世帯主） 住所		
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日	
	子どもとの続柄		
	宛名コード ※		
	被保険者証	記号　　番号	
	保険者の名称	保険者番号（　　）	
	付加給付	有・無	
備考			

事由

※1. 新規

11. 出生(資格発生)
12. 転入
13. 生保廃止
14. 他医療より
19. その他

（理由:　　）

※資格取得年月日
（　・　・　）

2. 再交付

1. 破った
2. 汚した
3. 失った

状況
［　　］

※再交付年月日
（　・　・　）

3. 変更

☐ 氏名・住所・電話番号
☐ 保険の加入状況
☐ 受給者
☐ その他（　　）

変更年月日
（　・　・　）

4. 喪失

※証回収年月日記入（下欄注3）

41. 死亡
42. 転出

転出予定年月日
（　・　・　）

転出先
（　　）

43. 生保開始
48. 他医療へ(障・母)
49. その他(　　)

※資格喪失年月日
（　・　・　）

（注）1. 持参するもの　　①健康保険証（子ども氏名の記載されているもの）

2. ※印の欄は、担当職員が記入します。

3. 受給者証回収　令和　　年　　月　　日

窓口センター	令和	年	月	日	受付
受給者証	令和	年	月	日	交付

☐ 証交付済　　☐ データ入力済