●新規申請、再交付、保険変更のお手続きの方は対象のお子様の保険証のコピーを添付ください。
●喪失のお手続きの方は受給者証を添付してください。

様式第1号

記入例

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
豊橋市
住所
フリガナ
氏名　　昭和・平成　　年　　月　　日生
子どもとの続柄（　　）

下記のとおり（申請 / 届出）

児童と同居の方に限ります。
※同居の方以外の場合は別途委任状が必要です。

受給者証の「受給者欄」に記載する氏名が、上記の保護者と異なる場合は記入してください。同じ場合は、"同上"と記入してください。
※受給者欄に記載できる方は、児童と同居の方に限ります。

		交付	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			

対象児童の氏名、生年月日を記入してください。

変更手続きの方は、変更がある欄に変更前の内容を記入してください。

住所変更で、旧住所へ郵送を希望される場合は、備考欄にご記入ください。

被保険者の方が豊橋市外に住んでいる場合は被保険者の方の情報を記入してください。

事由

※1. 新規
（生）
（理由：　　）
※資格取得年月日
（　・　・　）

2. 再交付
1. 破った
2. 汚した

変更の手続きの方は、３番に○をつけて変更内容の□に✓をつけてください。

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
（　・　・　）

手続き内容の番号に○をつけてください。

（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）　◎ 記名・押印に代えて、署名することができます。
②認め印

窓口センター	令和	年	月	日 受付
受給者証	令和	年	月	日 交付

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　☐ 証交付済　☐ データ入力済