

子ども医療費受給者証交付・更新申請書兼
子ども医療費受給者変更・喪失届

新規
変更
喪失

*該当するものを○で囲む

受給者番号
305-
305-
305-

年 月 日

(宛先) 瀬戸市長

申請者 (受給者) (※転出は新住所)	住所 瀬戸市
氏名	父・母
生年月日	昭和・平成 年 月 日
電話 (0561)	-
携帯 ()	- □父□母□その他
記入者 (記入者が受給者の場合は記入不要)	子どもとの続柄 ()

私は、瀬戸市長が医療受給者の確認のため、公簿の閲覧をすることについて同意します。
また、保険者に医療給付内容等の確認をすることに同意し、以下のとおり申請（届出）します。

新規	申請事由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他 ()		
変更	変更事由	<input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 受給者変更 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 市内転居		
喪失	喪失事由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> その他 () (年 月 日死亡・転出・開始・該当等)		
保険証の被保険者		ふりがな <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 被保険者氏名: 子どもとの続柄 ()		
子ども	受給者番号	305-	305-	305-
	氏名	男・女	男・女	男・女
	生年月日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日
異動年月日	年 月 日 取得・変更・喪失			
受給者変更欄	(氏名) (続柄) □父 □母 (生年月日) 年 月 日			

受給者証	<input type="checkbox"/> 窓口で交付済 (年 月 日)	受付	審査	入力	点検
	<input type="checkbox"/> 未交付 郵送 (年 月 日発送済)				
年 月 日回収・後日郵送予定					

※ 注意 新規・変更は『健康保険証の写し』を必ず裏面に添付してください。