

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
3 0 5 -
3 0 5 -
3 0 5 -

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	年	月	日
	電話 (0561)	—		
記 入 者 (記入者が受給者の場合は記入不要)	携帯 ()	—	□父□母□その他	
	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 □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	3 0 5 -	3 0 5 -	3 0 5 -
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	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) <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 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、医療保険に係る資格情報が確認できるものを必ず裏面に添付してください。 R7.12.改正