

子ども医療費受給者証交付申請書兼
子ども医療費受給資格等変更・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

住所 瀬戸市

申請者
(受給資格者)
(※転出は新住所)

氏名 父・母

生年月日 昭和・平成 年 月 日

電話 (0561) - □父□母□その他

携帯 () - □父□母□その他

記入者
(記入者が受給資格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資格等の確認のため、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"/> 受給資格者変更 <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			
	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			
受給資格者変更欄	(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『被保険者(又は組合員)加入資格の確認ができる書類の写し』を必ず裏面に添付してください。