



□子ども医療費受給者証交付申請書 届出日 平成 年 月 日

□医療費受給資格喪失届

□医療費受給者変更届

申請者（届出者）住所 □裏面新住所に同じ

氏名

電話番号（ ） -

□次のとおり申請します。医療費受給資格の確認をするため公簿の閲覧をすること及び保険者に医療給付内容等の確認をすることに同意します。

□次のとおり届け出ます。（医療費区分・子ども）

受給者	保護者	住所	□裏面新住所地に同じ	昭和 平成 年 月 日生		
		氏名		男女	子ども との続柄	
	子ども	氏名				
交付・喪失 申請事由	□転入 □転出（転出先住所：新住所に同じ） □その他（ ）		交付・喪失 事由発生日	□裏面異動日に同じ		
交付喪失年月日		年 月 日	受給者証の回収年月日	年 月 日		

※ 交付（更新）申請の際は、被保険者証（又は組合員証）を必ず添えてください。

変更事項		変更後		変更前	
受給者	受給者番号				
	氏名				
	住所	□裏面新住所に同じ	□裏面旧住所に同じ		
	子ども医療の ときの保護者				
医療保険の 加入状況	被 保 険 者 等	氏名			
		住所	□裏面新住所に同じ	□裏面旧住所に同じ	
	続柄				
	被保険者証 記号・番号				
	保険者名	( )		( )	
所在地					
変更事由	□氏名変更 □住所変更（転居） □保護者変更 □医療保険加入状況の変更 □その他（ ）				
変更年月日	年 月 日				

精神通院医療を受けるときの 指定自立支援医療機関									
決 裁	課長	課長補佐	係長	係	決裁区分 丁 保存期間 5年	処 理 欄			
						確 認	入 力	受給者証	受 付
	平成 年 月 日 上記交付申請書のとおり認定してよろしいか。								