

見本

子ども医療費受給者証交付申請書

※太枠内をご記入ください

令和 年 月 日

⑤記入した日付を記入してください

住所 北名古屋市

申請者 氏名

電話番号 () -

④保護者の氏名等を記入してください

ます。

※「申請者」 = 「受給者」です

下記の表 ①で記入される「受給者（保護者）」

受給者
番号

変

③取得事由に該当するものに
し点(✓)を記入してください

受給者	フリガナ		新規 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他() 上記の事由発生年月日 (. .)
	氏名	子どもの続柄 ()	
	生年月日		
子ども	フリガナ		2 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 加入保険の変更 <input type="checkbox"/> その他() 上記の事由発生年月日 (. .)
	氏名		
	生年月日		
医療保険の加入状況	記号番号		3 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> その他() 上記の事由発生年月日 (. .)
	被保険者氏名	(この欄は記入不要です)	
	被保険者住所		
	保険者名・番号	⑥お子さまの健康保険証(写)を同封してください	4 受給者証回収年月日 (. .)
	所在地		
	附加給付		
			5 再交付 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損

①「保護者」の氏名等を記入してください

※受給者証に住所・氏名が表示されます

お子さまと同世帯の方を記入してください

②「お子さま」の氏名等を記入してください

(この欄は記入不要です)

⑥お子さまの健康保険証(写)を同封してください

処理欄	受付	

子ども医療費受給者証交付申請書

令和	年	月	日
----	---	---	---

(あて先)北名古屋市長

住 所	北名古屋市
申 請 者 氏 名	
電 話 番 号	() -

下記のとおり関係書類を添えて申請(届出)します。

		新 規 (変更後・喪失)		変 更 前		受給者 番 号	事 由										
受 給 者	フリガナ					1 新規 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他() 上記の事由発生年月日 (. .)											
	氏 名	子どもとの続柄 ()															
	生年月日	年 月 日	男・女														
	住 所	同 上															
子 ど も	フリガナ					2 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 加入保険の変更 <input type="checkbox"/> その他() 上記の事由発生年月日 (. .)											
	氏 名																
	生年月日	年 月 日	男・女														
医 療 保 険 の 加 入 状 況	記号番号					3 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> その他() 上記の事由発生年月日 (. .)											
	被保険者 氏 名																
	被保険者 住 所																
	保険者名 ・番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>														4 受給者証回収年月日 (. .)	
	所在地																
附加給付	有 ・ 無				5 再交付 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損												

処理欄	受 付	