

こども医療費受給者証再交付申請書兼変更届



令和 年 月 日

(あて先) 広島市長

保護者 住所

昭・平・令
氏名 生年月日(年 月 日)

(連絡先TEL - -)

平・令
こども 氏名 生年月日(年 月 日)

平・令
氏名 生年月日(年 月 日)

平・令
氏名 生年月日(年 月 日)

次のとおり、再交付を申請します/変更を届け出ます。

再交付	<input type="checkbox"/> 失ったため	<input type="checkbox"/> 破れたため	<input type="checkbox"/> 汚れたため	<input type="checkbox"/> その他()
-----	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

変更事由発生日		令和 年 月 日	
1 氏名変更	保護者	旧氏名	新氏名 <input type="checkbox"/> 届出者欄と同じ
	こども	旧氏名	新氏名 <input type="checkbox"/> 届出者欄と同じ
2 住所変更	旧住所	広島市 区	
	新住所	<input type="checkbox"/> 届出者欄と同じ 広島市 区	
区間異動の場合は、次の加入健康保険も記入してください。			
3 こどもの加入健康保険等の変更 (コピー添付可)	保険種別	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 日雇	
	被保険者証の記号番号	記号	番号
	保険者の名称 (保険証発行機関名 又は名称)	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部 <input type="checkbox"/> _____ 共済組合 <input type="checkbox"/> _____ 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 広島市国民健康保険 <input type="checkbox"/> _____	
	保険者番号		資格取得年月日 (認定年月日)
4 負担区分の変更	<input type="checkbox"/> 所得更正 <input type="checkbox"/> 第三子 <input type="checkbox"/> その他()		
5 資格喪失	<input type="checkbox"/> 市外転出(転出先 _____) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他の医療制度への移行 <input type="checkbox"/> こどもを監護しなくなった <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 保険喪失 <input type="checkbox"/> 保護者変更(婚姻・離婚・その他()) <input type="checkbox"/> その他()		

以下の欄は記入しないでください。

起案:令和 年 月 日	係員	係長	課長
決裁:令和 年 月 日			
施行:令和 年 月 日			

証交付	入	力	証回収