

公費負担者番号		受給者番号	
---------	--	-------	--

子ども医療費受給者証再交付申請書兼変更届

(あて先)
広島市長

令和 年 月 日

保護者住所

氏名 生年月日 (年 月 日)
(連絡先TEL - -)

子ども氏名 生年月日 (年 月 日)

次のとおり、再交付申請・変更届出します。

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		年 月 日		
変更事由	1 氏名変更	保護者 新氏名	旧氏名	
		子ども 新氏名	旧氏名	
	2 住所変更	旧住所	広島市 区	
		新住所	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 子どもの加入健康保険等の変更 (コピー添付可)	被保険者氏名		子どもの続柄 子どもの	
	保険種別	協会けんぽ・船員・日雇・共済・健保組合・国保・国保組合		
	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		子どもの保険の資格取得年月日 (認定年月日)	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"/> 子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 ()			

係員	係長	課長

住民票	証交付	名簿整備	入力	証回収

以下の欄は記入しないでください。

区間異動における新番号	公費負担者番号		受給者番号	
	有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
所得更正等の確認	所得更正 (令和 年 月 日)	第三子	その他	負担区分 A・B・C・D・E
遡及認定	有・無	健康保険証の作成 (令和 年 月 日交付) ・ 疾病 ・ その他 ()		