

子ども医療費受給資格内容等変更（喪失）届

年 月 日

和光市長 様

子ども医療費の(受給資格内容等の変更・受給資格の喪失) について届け出ます。また、市が和光市子ども医療費助成に関する条例施行規則に基づく変更や支給の事務において必要な範囲内で公簿の調査や個人番号に基づく情報の取得を行うことに同意します。

申請者氏名

(受給資格者) \_\_\_\_\_

|         |  |       |
|---------|--|-------|
| 受給資格証番号 |  | 生年月日  |
| 子ども氏名   |  | 年 月 日 |
| 受給資格証番号 |  | 生年月日  |
| 子ども氏名   |  | 年 月 日 |

以下の変更箇所（変更・喪失）のみご記入ください。

|           |     |              |
|-----------|-----|--------------|
| 1 保護者氏名変更 |     | (異動日: 年 月 日) |
| 2 子ども氏名変更 |     | (異動日: 年 月 日) |
| 3 住 所 変 更 | 和光市 | (異動日: 年 月 日) |
| 4 有効期間の変更 | 対象者 | (期限: 年 月 日)  |

備考 上記 1 保護者氏名変更により口座名義が変わる場合は、下記 6 振込口座変更も記入してください。

|                |       |  |                                            |  |            |  |
|----------------|-------|--|--------------------------------------------|--|------------|--|
| 5 加入健康<br>保険変更 | 記号    |  | 番号                                         |  | 保険者<br>番 号 |  |
|                | 保険者名称 |  | 国民健康保険・国民健康保険組合・共済組合<br>健康保険組合・全国健康保険協会 支部 |  |            |  |
|                | 資格取得日 |  | 年 月 日 (父・母・ )                              |  |            |  |

備考 上記健康保険の変更の場合は、子どもの新しい健康保険の被保険者であることを証する書類等の写しを添付してください。

|               |                 |                   |  |  |  |      |  |  |  |  |  |
|---------------|-----------------|-------------------|--|--|--|------|--|--|--|--|--|
| 6 振込口座<br>変 更 | 金融機関名           | 銀行・信金 支店<br>信組・農協 |  |  |  |      |  |  |  |  |  |
|               | 口 座             | 支店番号              |  |  |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |
|               | ゆうちょ<br>(記号—番号) |                   |  |  |  | —    |  |  |  |  |  |
|               | 口座名義人<br>(カタカナ) |                   |  |  |  |      |  |  |  |  |  |

備考 上記振込口座は受給資格者の口座に限ります。

|       |           |                  |
|-------|-----------|------------------|
| 7 喪 失 | (1) 転出    | 年 月 日            |
|       | (2) 保護者変更 | 年 月 日            |
|       | (3) 他制度移行 | 年 月 日 (重度・生保・ひ医) |
|       | (4) その他   | 年 月 日            |