

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、変更等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							平成・令和	年 月 日生
受給資格証番号								生年月日
子ども氏名							平成・令和	年 月 日生

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		(変更日:平成・令和 年 月 日)
2 子ども氏名変更		(変更日:平成・令和 年 月 日)
3 住所変更	和光市	(変更日:平成・令和 年 月 日)
4 在留期間の延長	該当者氏名	(変更日:平成・令和 年 月 日)

備考 1 上記1～4の場合は新しい資格証が発行されます。旧資格証は返却ください。

2 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 保険変更	記号		番号		保険者 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 健康保険組合・全国健康保険協会 支部			
	資格取得日		平成・令和 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 変更	金融機関名	銀行・信金 信組・農協						支店
	口座	支店番号			口座番号			
	ゆうちょ (記号一番号)				—			
	口座名義人 (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	平成・令和	年 月 日
	(2) 保護者変更	平成・令和	年 月 日
	(3) 他制度移行	平成・令和	年 月 日 (重度・生保・ひ医)
	(4) その他	平成・令和	年 月 日