

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。

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、子どもの新しい保険証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