

子ども医療費助成事業申請事項変更届

受給者番号		0	0	0	0	0	0	0
変更理由届	<input checked="" type="checkbox"/> 住所 <input checked="" type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> その他()							
	前住所		_____					
	新住所		下記のとおり					
	変更前児童氏名		変更後児童氏名		下記のとおり			
新健康保険		別添のとおり						
喪失届	<input type="checkbox"/> 転出		転出先()					
	<input type="checkbox"/> 年齢到達・その他		()					
	<input type="checkbox"/> 他公費受給		(ひとり親家庭等医療・障害者医療・生活保護・その他)					
	<input type="checkbox"/> 死亡							
<p>大和市長 あて</p> <p>上記のとおり、子ども医療費助成事業申請事項に変更がありましたので申請します。</p> <p style="text-align: right;">○年 ○月 ○日</p>								
住所		大和市△△△△△△△△△△△△						
フリガナ		ヤマト ミライ・タケヤス						
児童氏名		大和 未来・健康						
申請者氏名		大和 太郎						
電話番号		046-260-5608						
		<input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()						

兄弟姉妹がいる場合は、氏名列記の上、全員分の健康保険証のコピーを添付してください。

- ・お子様の保険証のコピーを添付してください。
- ・この書式は、保険変更の届にのみ使用できます。

市役所確認欄

来庁者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()
来庁者の本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード
	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 基礎年金番号通知書又は年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()
新証	<input type="checkbox"/> 窓口交付済 <input type="checkbox"/> 郵送
旧証	<input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 未回収
特記事項	

受付	入力	確認