

子ども医療費助成事業申請事項変更届

受給者番号															
☐	住所変更	変更年月日		年 月 日		新住所				下記のとおり					
☐	氏名変更	変更年月日		年 月 日		変更後児童氏名				下記のとおり					
☐	保険変更	変更後加入健康保険		以下 または 別添のとおり											
対象児童	氏名			個人番号											
	氏名			個人番号											
	氏名			個人番号											
加入健康保険	記号		番号			資格取得年月日		年 月 日							
	被保険者氏名					児童との続柄		父 ・ 母 ・ その他 ()							
	保険者番号					保険者名称									
☐	その他 ()					変更年月日		年 月 日							
喪失届	☐ 転出 転出先 ()														
	☐ 年齢到達・その他 ()														
	☐ 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)														
	☐ 死亡														
大和市長 あて															
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。															
年 月 日															
住 所 大和市															
フリガナ 児 童 氏 名															
申請者氏名															
電 話 番 号															
☐ 父携帯 ☐ 母携帯 ☐ 自宅 ☐ その他 ()															

- ・お子様の個人番号および加入健康保険欄をご記入のうえ、申請者の本人確認書類のコピーを添付してください。
(お子様の加入健康保険が確認できる書類(資格確認書および資格情報のお知らせ)のコピーの添付でも可)
- ・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	☐ 父 ☐ 母 ☐ その他 ()
来庁者の本人確認	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 在留カード
	☐ 基礎年金番号通知書又は年金手帳 ☐ その他 ()
保険資格	☐ 資格確認書類 ☐ 情報連携
新証	☐ 窓口交付済 ☐ 郵送
旧証	☐ 回収済 ☐ 未回収
特記事項	

受付	入力	確認