

子ども医療費助成事業申請事項変更届

受給者番号													
<input type="radio"/>	住所変更	変更年月日	年	月	日	新住所	下記のとおり						
<input type="radio"/>	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						
<input checked="" type="radio"/>	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	大和 未来	個人番号	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	氏名	大和 健康	個人番号	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	氏名		個人番号										
加入健康保険	記号	22222222	番号	33-04		資格取得年月日	令和6年6月6日						
	被保険者氏名	大和 太郎			児童との続柄	<input checked="" type="radio"/> 父 ・ 母 ・ その他 ()							
	保険者番号	011400××			保険者名称	全国保険協会 ○○支部							
<input type="radio"/>	その他 ()					変更年月日	年	月	日				
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												
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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div>													
住 所 <u>大和市△△△△△△△△△△△△△△△△</u> フリガナ <u>ヤマト ミライ ・ タケヤス</u> 児童氏名 <u>大和 未来 ・ 健康</u>													
申請者氏名 <u>大和 太郎</u> 電話番号 <u>046(260)5608</u> <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、氏名を列記してください。

- 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。

列記した場合は、兄弟姉妹全員分添付してください。

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"/> 基礎年金番号通知書又は年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()
保険資格	<input type="checkbox"/> 資格確認書類 <input type="checkbox"/> 情報連携
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