

令和 7 年 1 2 月 1 1 日

記入例

※この届に基づく資格審査のために私の世帯員について、公簿等(マイナンバー制度による情報連携を含む)で確認されることに同意します。

申請者住所(保護者) 呉市中央4丁目1番6号

対象者(子ども)との続柄

申請者氏名(保護者) 呉市 太郎 (父)

電話番号(昼間連絡可能な番号) 123 - 4567 - 8910

対象者(子ども)	フリガナ	クレシ ツバキ	生年月日	受給者番号
	氏名	呉市 つばき	H・R 3 年 3 月 3 日	1 2 3 4 5 6 7
	マイナンバー	- -		
	フリガナ		生年月日	受給者番号
	氏名		H・R 年 月 日	
	マイナンバー	- -		
	フリガナ		生年月日	受給者番号
	氏名		H・R 年 月 日	
	マイナンバー	- -		
	フリガナ		生年月日	受給者番号
	氏名		H・R 年 月 日	
	マイナンバー	- -		

健康保険の変更

※資格確認書・医療保険の情報・資格情報のお知らせのコピーを添付してください。マイナ保険証によるマイナポータル画面の場合は職員が目視確認必要

加入健康保険	記号	番号	被保険者氏名(※必須)	資格取得年月日
	保険者名(※必須)			平・令 . .
	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会	<input type="checkbox"/> 健康保険組合	<input type="checkbox"/> 呉市国民健康保険	
	<input type="checkbox"/> 共済組合	<input type="checkbox"/> 船員保険()	<input type="checkbox"/> その他()	

氏名変更

変更前	変更後	変更年月日
		R 年 月 日

住所変更

変更前	変更後	変更年月日
呉市	呉市	R 年 月 日

☐ 変更前住所に送付希望

保護者変更

	変更前	変更後
氏名	呉市 花子	呉市 太郎
生年月日	S (H) 4 年 4 月 4 日	S (H) 5 年 5 月 5 日
住所	呉市店〇〇〇丁目〇〇番〇号	呉市中央〇〇〇丁目〇〇番〇号
事由・年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 所得逆転 <input type="checkbox"/> その他() R 年 月 日	

再交付

申請事由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 損傷 <input type="checkbox"/> その他()
------	---

喪失

申請事由・年月日
<input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他() R 年 月 日

<受付職員記入欄> ※ 以下は記入しないでください。

提出書類	<input type="checkbox"/> _____ の健康保険の確認書類添付			<input type="checkbox"/> マイナ保険証で目視確認	<input type="checkbox"/> その他()	
ひとり親医療	<input type="checkbox"/> 資格有 <input type="checkbox"/> 資格無 <input type="checkbox"/> 申請中		児童手当		<input type="checkbox"/> 資格有 <input type="checkbox"/> 資格無 <input type="checkbox"/> 申請中	
受給者証回収	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 *喪失の場合のみ		備考			

<担当課記入欄>

交付年月日	令和 年 月 日	備考	受付者
担当	課長補佐 支援GL 課長		

受付印