

こども医療費受給者証資格記載事項変更届・再交付届・喪失届

令和 7年12月11日

記入例

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)

吳市中央4丁目1番6号

対象者(こども)との続柄

申請者氏名
(保護者)

吳市 太郎

〔父〕

電話番号
(星間連絡可能な番号)

123 - 4567 - 8910

対象者 (こども)	フリガナ	クレシ ツバキ	生年月日	受給者番号						
	氏名	吳市 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	- -		受給者番号						
	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の画面の場合は職員の目視確認必要

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 平・令 . .
	保険者名(※必須) <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 吳市国民健康保険 <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
吳市	吳市	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	吳市 花子	吳市 太郎
生年月日	S (H) 4年 4月 4日	S (H) 5年 5月 5日
住所	吳市広〇〇〇丁目〇〇番〇号	吳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G.L	課長		

受付印