

決 裁	課 長	副課長	係 長	担当者	受 付 日	交 付 日

こども医療費受給資格内容等変更届

住 所	新座市 野火止1丁目1番1号 メゾンシャクシヨ101				お子様が2名以上いらっしゃる場合は並べてご記入ください。
受給資格者氏名	新座 市郎				
こどもの氏名	新座 花子 新座 太郎	こどもの生年月日	H○年○月○日 R○年○月○日		

記入必須事項

※変更事項は、該当する箇所(転居→① 氏名変更→② 保険変更→③)のみ記入してください。
 ※保険変更の際には、必ずお子様が加入している健康保険の内容が分かる書類等の写しを添付してください。

住所変更の場合	変	① 住 所	新	(保険変更について) 令和6年12月2日以降は、新たに健康保険証は発行されないことから、お子さんが加入した健康保険の内容が分かる書類(保険者が発行する「資格確認書」や「資格情報のお知らせ」、マイナポータルの健康保険情報のスクリーンショット等)を添付してください。	
		変更年月日	R○年 ○月 ○日		
氏名変更の場合	更	② 氏 名	新座 花子 新座 太郎	新座 花子 新座 太郎	
		変更年月日	R○年 ○月 ○日		
保険変更の場合	事 項	③ 加入医療保険	保険証名称	埼玉支部 ※全国健康保険協会の方は支部を記入してください。	新座市 ※全国健康保険協会の方は支部を記入してください。
				健康保険組合・国民健康保険組合 共済組合・ 全国健康保険協会	健康保険組合 国民健康保険組合 共済組合・全国健康保険協会
		記 号	99999999	埼新	
		番 号	999	1234567	
	変更年月日	R○年 ○月 ○日			

記入必須事項

上記のとおり変更が生じたので、届け出ます。

R○年 ○月 ○日

届出人 住 所 受給資格者と同じ

氏 名 新座 市郎

電 話 048-000-△△△△ (携帯電話可)

(提出先) 新座市長

同じ場合は✓してください。
別住所の場合は下に記入してください。

最終確認	受付者