

記入例

「こども医療費受給資格証」の「受給資格者」欄に記載されている方の住所・氏名を記入してください。
※氏名変更の場合は変更前の氏名、転居の場合は転居前の住所を記入してください。

こども医療費受給資格内容等変更届

受給資格者	住 所	(※住所変更の場合は旧住所を記入) 新座市 野火止1-1-1		
	氏 名	(※氏名変更の場合は旧氏名を記入) 新座 市郎		こどもの続柄 (父) 母・()
対象のこども	氏 名 (※氏名変更の場合は旧氏名を記入)	生年月日		※市記入欄 証返却(住所・氏名変更)
	新座 太郎	平成 令和・西暦 〇 年 〇 〇 日		済・未
	新座 花子	平成 令和 西暦 〇 年 〇 〇 日		済・未
				返信用
変更事項	① 住所変更			
	新住所	新座市 あたご9丁目9番9		
	変更年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日		
	② 氏名変更			
	新氏名	埼玉 太郎	埼玉 花子	
	変更年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日		
	③ 加入医療保険の変更			
	※ お子さんが新たに加入した健康保険の内容が分かる書類(資格確認書・資格情報のお知らせ・マイナポータルの健康保険情報のPDFファイル等)を添付してください(新座市国民健康保険に加入の場合は添付不要)。			
		新	旧	
		埼玉支部 (※全国健康保険協会の方は支部を記入) 健康組合・国民健康保険組合 共済組合・全国健康保険協会 1110014 9999999 99 新座 市郎 令和 〇 年 〇 月 〇 日	新座市 (※全国健康保険協会の方は支部を記入) 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 1104304 埼玉新 1234567	
※変更箇所のみ記入	窓口で申請する場合で、マイナ保険証のみをお持ちの方は、マイナポータルから資格画面を表示し、職員による目視確認も可能です(手続きの時間短縮のため、できるだけ資格画面のスクリーンショットを事前にご準備ください)。			
上記のとおり変更が生じたので届け出ます。 (届出先) 新座市長				
令和 〇 年				
届出人 住所: <input checked="" type="checkbox"/> 受給資格者と同じ (保護者) 氏名: 新座 市郎 電話: 048-477-1111 (携帯電話可)				
「受給資格者と同じ」に✓をし、届出人(受給資格者又は同居の保護者)の氏名・電話番号(日中連絡が取れる番号)を記入してください。 ※保護者が申請できず代理人が来庁する場合は、事前にこども支援課までご相談ください。				
		確認	入力	受付

氏名変更の場合は、変更前の氏名を記入してください。
対象のお子さんが4人以上いる場合は、変更届は2枚必要です。
転居・氏名変更の場合は、変更前の資格証は必ず返却してください。

①～③のうち変更した箇所のみ記入してください。

変更前の保険内容の記号・番号等が分からない場合は、分からない箇所のみ「不明」と記入してください。
※変更後の保険との間に空白の期間がある場合は、その間の医療費は助成対象外となります。