

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		
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 ○ 年 ○ 月 ○ 日	済	未
	新座 花子	平成 ○ 令和 ○ 西暦 ○ 年 ○ 月 ○ 日	済	未
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 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
	② 氏名変更			
	新 氏 名	埼玉 太郎	埼玉 花子	
	変更年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 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）。			
	※変更箇所のみ記入	新	旧	
	埼玉支部	新座市		
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）。	保険協会の方は支部を記入) 保険組合 : 国民健康保険組合 共済組合 : 全国健康保険協会	(※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		
	1110014	1104304		
	9999999	埼新		
	99	1234567		
	新座 市郎			
	○ 年 ○ 月 ○			
	※市記入欄	写し添付あり・マイナポータル確認済		
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 ○ 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)				
確認 <input type="checkbox"/> 入力 <input type="checkbox"/> 受付 <input type="checkbox"/>				

①～③のうち変更した箇所のみ記入してください。

「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。

変更前の保険内容の記号・番号等が分からぬ場合は、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。