

(受付日)	(交付日)
-------	-------

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						
	氏名	(※氏名変更の場合は旧氏名を記入)		こどもとの 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)			
				平成・令和・西暦	済・未			
				年月日				
				平成・令和・西暦	済・未			
				年月日				
			平成・令和・西暦	済・未				
			年月日					
変更事項	① 住所変更							
	新住所	新座市						
	変更年月日	令和	年	月	日			
	② 氏名変更	新氏名						
	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）。							
		新			旧			
	※変更箇所のみ記入	名称	(※全国健康保険協会の方は支部を記入)		(※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	・			
保険者番号								
記号								
番号								
被保険者（世帯主）氏名								
変更年月日		令和	年	月	日			
※市記入欄		写し添付あり・マイナポータル確認済・番号連携済・その他( )						
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	月	日			
届出人 住 所: <input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ (保護者)								
氏名:								
電 話: ( )								
						確認	入力	受付