

(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	返信用封筒 □
		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  ※変更箇所のみ記入	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	
	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		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: □ 受給資格者と同じ				
(保護者)				
氏 名:				
電 話: ( )				
			確認	入力
				受付