

(あて先) 川 口 市 長

次のとおり、届出・申請します。

年 月 日

資格登録者氏名 (届出人)	_____	生年月日 (年 月 日)	_____	受給者番号	_____
子ども氏名	_____	生年月日 (年 月 日)	_____	受給者番号	_____
	_____	生年月日 (年 月 日)	_____	受給者番号	_____
	_____	生年月日 (年 月 日)	_____	受給者番号	_____

※以下の欄は、変更になる個所だけ記入してください。

住所

川口市

新住所 _____

新電話番号 _____

氏名

資格登録者(保護者)新氏名 _____

子ども 新氏名 _____

※資格登録者の変更は
できません。

保険証

別添加入健康保険証の写しのとおり。
(対象者全員の健康保険証の写しを添付してください。)

振込口座

※振込名義は、資格登録者本人の名義で、普通口座に限ります。

金融機関名	口座名義人(カタカナで記入)		
銀行・信用金庫 農 協			
支店名	店番	口座番号	
支 店 ・ 本 店 出 張 所			

配偶者

婚姻 離婚 死亡 海外からの転入 その他 () 発生日 (年 月 日)

子ども医療費の支給に当たり必要があるときは次の①及び②について署名をもって同意します。
① 所得の状況及び市民税等の滞納の有無 (小中学生のおさまがいたのみ) について公簿等により確認すること。
② 高額療養費、付加給付金の決定に関する情報について加入保険者に照会・調査依頼すること。

配偶者氏名 _____ 生年月日 (年 月 日)

※配偶者が市外在住の場合は住所記入 _____

資格喪失理由

1.他市区町村(国外)に転出
2. 資格登録者(保護者)の変更
なお、今後振込まれる医療費の受取は、 _____ へ委任します。
※新規の資格登録申請書を添えて申請してください。
3.生活保護・重度心身障害者医療費・ひとり親家庭等医療費受給
4.その他 ()

資格喪失日	年 月 日	受給資格証回収	有 ・ 無	資格登録者自筆 配偶者代筆 ・ その他
-------	-------	---------	-------	------------------------