

子ども医療費受給資格内容等変更（消滅）届

郵送希望
有・無

(あて先) 川 口 市 長

次のとおり、届出・申請します。

年 月 日

受給資格者氏名 (届出人) _____ ⑩ 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

新住所 川口市 _____

新電話番号 _____

氏名

受給資格者(保護者)新氏名 _____ ※受給資格者の変更は
できません。

子ども 新氏名 _____

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、受給資格者本人の名義で、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 (小中学生のお子さまがいるかたのみ) 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健者に照会・調査依頼すること。

※配偶者増員の場合は押印

配偶者氏名 _____ ⑩ 生年月日 (年 月 日)

※配偶者が市外在住の場合は住所記入 _____ 押印不備案内中

資格消滅理由

1.他市区町村(国外)に転出
2.受給資格者(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 ()

| | | | | |
|-------|-------|-------|-------|------------------------|
| 資格消滅日 | 年 月 日 | 資格証回収 | 有 ・ 無 | 受給資格者自筆 配偶者代筆 ・ その他 |
|-------|-------|-------|-------|------------------------|