

子ども医療費受給に関する変更届出書

徳島市長 様

令和 年 月 日

以下の事項に同意した上で、子ども医療費受給に関する変更を届け出ます。

- (1)受給資格、請求内容の確認のため、受給者(受給者と被保険者が異なる場合は被保険者を含む。)及びその子どもに関する所得(税状況)、世帯の状況、保険の加入状況、診療及びその公費の助成内容について官公署、関係人に調査、報告を求めることに同意します。
 (2)子ども医療費の助成に関する条例に基づく事務のうち個人番号を利用して処理する必要があるものについて、徳島市が受給者及び子どもの個人番号を法令の規定に基づいて取得・確認することに同意します。

受給者 (変更後)	受給者区分	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()	受給者番号									
	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女								
	氏名	(印)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日								
			連絡先	— —								
現住所	今年(1~5月中の申請は前年)1/1時点の住所が 上記現住所と異なる(徳島市以外の場合のみ記入) <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border: 1px solid black;"> <tr> <td style="padding: 2px;">都</td> <td style="padding: 2px;">道</td> <td style="padding: 2px;">市</td> <td style="padding: 2px;">区</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">府</td> <td style="padding: 2px;">県</td> <td style="padding: 2px;">町</td> <td style="padding: 2px;">村</td> </tr> </table>				都	道	市	区	府	県	町	村
都	道	市	区									
府	県	町	村									

子ども	ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	氏名			
	住所	(上記受給者と住所が異なる場合のみ記入)		

届出事項 (該当するものに○をつけてください。)	1 資格喪失 ()⇒子ども医療費受給者証を返却してください。 2 内容の変更(変更内容を下記に記入してください。) ⇒受給者が変更になる場合は、変更後の受給者の個人番号を記載してください。
届出事項発生日	年 月 日

変更事項	変更後	変更前
子ども	氏名	
	住所	(上記受給者と住所が異なる場合のみ記入)
子どもの加入保険	被保険者名	
	記号・番号	
	保険者名	
受給者	氏名	
	住所	(住所が徳島市外の場合のみ記入)
個人番号	受給者	
	子ども	
	個人番号を記入した人	本人の個人番号に相違ありません。(署名)
	個人番号を記入した人の本人確認	番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・その他()

※来庁者が受給者(変更後)と異なる場合のみ記入してください。

来庁者	ふりがな		受給者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者以外...委任状要				
	氏名			来庁者の本人確認	番号カード	パスポート	運転免許証	在留カード
受給者証の処理			訂正・回収・再発行・返送依頼・その他()					本人確認実施者

子ども医療費受給に関する変更届出書

徳島市長 様

記入例

子ども医療費受給者証に記載されている保護者の氏名、生年月日、住所、受給者番号、日中に連絡ができる電話番号を記入してください。

及びその子どもに関する所得(税状況)、世帯のことに同意します。
 について、徳島市が受給者及び子どもの個人

番号を法令の規定に基づき取得・確認することに同意します。

受給者 (変更後)	受給者区分	<input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()	受給者番号	<input checked="" type="checkbox"/> 4613222
	ふりがな	とくしま たろう	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名	徳島 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 55年11月11日
	現住所	徳島市幸町2丁目5番地		
		今年(1~5月中の申請は前年)1/1時点の住所が上記現住所と異なる(徳島市以外の場合のみ記入)		香川 都 道 高松 (市) 区 府 県 町 村

子ども	ふりがな	とくしま いちろう	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 25年 3月15日
	氏名	徳島 一郎		
	住所	(上記受給者と住所が異なる場合のみ記入)		

子ども医療費受給者証に記載されているお子さまの氏名、生年月日、住所(受給者と住所が異なる場合のみ)を記入してください。

届出事項 (該当するものに○をつけてください。)	1 資格喪失 () →子ども医療費受給者証の記載事項を削除してください。 ② 内容の変更(変更内容を下記に記入してください。) ⇒受給者が変更になる場合は、変更後の受給者の個人番号を記載してください。
届出事項発生日	年 月 日

変更事項	変更後	変更前
子ども	氏名 住所 (上記受給者と住所が異なる場合のみ記入)	
子どもの加入保険	被保険者名 徳島 太郎 記号・番号 123・1234567 保険者名 トクシイ健康保険組合	
受給者	氏名	

変更後の健康保険の被保険者(世帯主・組合員)名、記号・番号、保険者名称を記入してください。

○ この書類の添付書類は次の1点です。
 □ 児童の健康保険証のコピー

○ 書類を送る前に確認してください。
 □ 記入漏れはありませんか。
 □ 印鑑は押していますか。
 □ 児童の健康保険証のコピーはありますか。

※来庁者が受給者(変更後)と異なる場合のみ記入してください。

来庁者	ふりがな		受給者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者以外...委任状要
	氏名		来庁者の本人確認	番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他()
受給者証の処理		訂正・回収・再発行・返送依頼・その他()		本人確認実施者