

子ども医療費受給に関する変更届出書

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。
受給者を変更される場合は変更後の受給者を記入してください。(例:母から父へ受給者が変わる場合は父の氏名を記入。)

その子どもに関する所得(税状況)、世帯の
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

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	連絡先	090-XXXXXX-XXXXXX
		今年(1~7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	平成 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を廃止する 2 内容の変更(変更内容を下記に記入してください。) ⇒受給者に変更になる場合は、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	平成 29年 4月 1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)	徳島 はなこ
個人番号	受給者 子ども 個人番号を記入した人 個人番号を記入した人の本人確認	

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。

受給者に変更(例:母⇒父)になる場合は変更後の受給者の個人番号を記入してください。

個人番号を記入した方の氏名を記入してください。

※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	とくしま はなこ	来庁者の氏名を記入(受給者本人の場合は不要)してください。 配偶者以外の場合は委任状が必要になります。
	氏名	徳島 はなこ	
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	