こども医療費受給資格等変更・喪失届

※該当番号に〇をつけ、内容を記入してください。

こども氏名	生年月日	受給者番号
	年　月　日	
	年　月　日	
	年　月　日	
	年　月　日	

1 変更	①加入保険変更	加入している健康保険が変更になったときは、 対象児童全員の新しい健康保険証のコピーを貼付してください。 （３人以上の場合は裏面に貼付してください。）
	②住所変更	（新）明石市 （　年　月　日異動）
	郵送の場合送付先	旧住所　・　新住所　〇で囲んでください。
	③氏名変更	（旧）　➡　（新） （　年　月　日変更）
	④保護者変更	（旧）　➡　（新） （　年　月　日変更）
2 喪失	喪失年月日	（　年　月　日）
	喪失理由	※喪失の場合は必ず受給者証を返却して下さい。 １．転出　２．保険喪失　３．生保開始　４．その他（　）

上記のとおり届出します。

明石市長様　　（保護者）　住　所　明石市

年　月　日

氏　名

電　話（　－　－　）

事務処理欄	受付者	証発行	証回収	D処理	入力	照合	扶変確認	受付印
	□同意書依頼	無　・　有	（喪失のみ）	１－①				
		□窓口【※要本人確認】	□依頼	１－②			□無	
		〔免許・個カ 他（　）〕	□済	１－③			□有	
				１－④				
		□郵送（　／　）		２				