書き方見本

保険証が変更になった方
受給者証の発行はありません。
そのままご使用ください

こども医療費受給資格等変更・喪失届

こども氏名	生年月日	受給者番号
明石　はるか	H28 年 7 月 7 日	1 1 1 1 1 1 1
明石　海斗	R2 年 4 月 7 日	2 2 2 2 2 2 2
	年　月　日	
	年　月　日	

※該当番号に○をつけ、内容を記入してください。

1 変更

①加入保険変更

健康保険 被保険者証　家族(被扶養者)　年　月　日
記号　○○○○　番号　○○
氏名　明石　はるか
生年月日　平成28年 7月 7日　性別　女
認定年月日　令和４年 6月 1日
被保険者氏名　明石　海男
事業所名称
保険者番号
保険者名称　●●健康保険組合
保険者所在地

健康保険 被保険者証　家族(被扶養者)　年　月　日
記号　○○○○　番号　○○
氏名　明石　海斗
生年月日　令和２年 4月 7日　性別　男
認定年月日　令和４年 6月 1日
被保険者氏名　明石　海男
事業所名称
保険者番号
保険者名称　●●健康保険組合
保険者所在地

対象こども全員の新しい健康保険証のコピーを貼り付けてください。
3人以上の場合は、裏面に貼り付けてください。

②住所変更　（新）明石市　　日異動）
郵送の場合送付先　旧住所　・　新住
③氏名変更　（旧）　　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　中崎１丁目○－○
R○ 年　△ 月　△ 日　（記入した日）
氏名　明石　海男　（父または母）
電話（ 080 － 0000 － 0000 ）

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				
				1－②			□無	
		□窓口	□依頼	1－③			□有	
		□郵送	□済	1－④				
		（　／　）		2				