郵送用

書き方見本

氏名を変更された方

新しい受給者証を発行します。

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
魚住　はるか	H28 年 7 月 7 日	1 1 1 1 1 1 1
魚住　海斗	R2 年 4 月 7 日	2 2 2 2 2 2 2
	年 月 日	
	年 月 日	

変更後の氏名で記入してください

※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

新しい受給者証は一週間ほどでお送りします。
お手元に届きましたら、旧氏名の受給者証はご自身で破棄してください。

②住所変更　（新）明石市　（

郵送の場合送付先　旧住所　・　新住所　○で囲んでください。

変更前　→　変更後

氏名を変更した日

③氏名変更　（旧）明石　➡　（新）魚住　（ RO 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　中崎１丁目○－○

RO 年 △ 月 △ 日

記入した日

氏名　魚住　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				