

## こども医療費受給資格等変更・喪失届

※該当番号に○（保険変更の時はA～Cのチェックも必要です）をつけ、内容をご記入ください。

| 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<br>変<br>更   | ①<br>加<br>入<br>保<br>険<br>変<br>更 | (新)<br>保険者<br>名 称                                                             | <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会(                      )支部 <input type="checkbox"/> (                      )健保組合<br><input type="checkbox"/> (                      )共済組合 <input type="checkbox"/> (                      )国保<br><input type="checkbox"/> 明石市国保    (明石市国保の方は以下の添付書類等は不要です。(A～Cの選択も不要です)) |    |  |               |                 |  |  |  |  |  |  |  |
|               |                                 | <input type="checkbox"/> (A)資格確認書を提示する →裏面に写し(こども本人のもの)を添付してください。             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |  |               |                 |  |  |  |  |  |  |  |
|               |                                 | <input type="checkbox"/> (B)マイナ保険証を提示する →マイナポータルを参考に以下の欄をご記入の上、職員に画面をご提示ください。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |  |               |                 |  |  |  |  |  |  |  |
|               |                                 | 記号                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 番号 |  | 適用<br>開始<br>日 | 年      月      日 |  |  |  |  |  |  |  |
|               |                                 | 被保険者                                                                          | 父    ・    母    ・    その他(                      )                                                                                                                                                                                                                                                           |    |  |               |                 |  |  |  |  |  |  |  |
|               |                                 | <input type="checkbox"/> (C)個人番号を利用した情報連携を希望する                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |  |               |                 |  |  |  |  |  |  |  |
|               | ②住所変更                           |                                                                               | (新) 明石市<br><div style="text-align: right;">(      年      月      日異動)</div>                                                                                                                                                                                                                                |    |  |               |                 |  |  |  |  |  |  |  |
|               | 郵送の場合<br>送付先                    |                                                                               | 旧住所(      年      月      日まで)    ・    新住所 <span style="color: blue;">○で囲んでください。</span>                                                                                                                                                                                                                     |    |  |               |                 |  |  |  |  |  |  |  |
| ③氏名変更         |                                 | (旧)                      ➡(新)                      (      年      月      日変更)  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |  |               |                 |  |  |  |  |  |  |  |
| ④保 護 者<br>変 更 |                                 | (旧)                      ➡(新)                      (      年      月      日変更)  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |  |               |                 |  |  |  |  |  |  |  |

  

|             |                                                                                                                           |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2<br>喪<br>失 | 喪失年月日                                                                                                                     | (      年      月      日) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 喪失理由 <span style="color: blue;">※喪失の場合は必ず受給者証を返却して下さい。</span><br>1. 保険喪失      2. 生保開始      3. 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<br>処理<br>欄 | 受付者                                | 証発行                                              | 証回収                         | D処理 | 入力 | 照合 | 扶変                         | 受付印 |
|---------------|------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------|-----|----|----|----------------------------|-----|
|               | <input type="checkbox"/> 同意書依頼     | 無    ・    有                                      | (喪失のみ)                      | 1-① |    |    | /                          |     |
|               | <input type="checkbox"/> マイナポータル確認 | <input type="checkbox"/> 窓口【※要本人確認】              | <input type="checkbox"/> 依頼 | 1-② |    |    | <input type="checkbox"/> 無 |     |
|               |                                    | <div>〔免許・個力<br/>他(                      )〕</div> | <input type="checkbox"/> 済  | 1-③ |    |    | <input type="checkbox"/> 有 |     |
|               |                                    |                                                  |                             | 1-④ |    |    | /                          |     |
|               |                                    | <input type="checkbox"/> 郵送(      /      )       |                             | 2   |    |    | /                          |     |

【健康保険証貼付欄】

※資格確認書等をお持ちの方も裏面に添付の上ご申請ください。

