

保険変更(A)

子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						
明石 太郎		令和 8年 1月 1日		1	2	3	4	5	6	7
		年 月 日								
		年 月 日								
		年 月 日								

1 変更	①加入保険変更	(新) 保険者名称	☒ 全国健康保険協会(兵庫)支部 ☐ ()健保組合 ☐ ()共済組合 ☐ ()国保 ☐ 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))		
		☒ (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。			
		☐ (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。			
		上図黄色で着色された欄をご記入の上、裏面に こども本人の「資格確認書」か「マイナポータル画面」を添付して ください。			
		②住所 (旧住所 (年 月 日まで) ・ 新住所 ○で囲んでください。			
	郵送の場口送付先	旧住所 (年 月 日まで) ・ 新住所 ○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. 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 中崎1丁目5番1号
 令和 8 年 4 月 1 日
 氏 名 明石 花子
 電 話 (078 - 918 - 5027)

事務処理欄	受付者	証発行	証回収	D処理	入力	照合	扶変	受付印
	☐ 同意書依頼	無 ・ 有	(喪失のみ)	1-①				
	☐ マイナポータル確認	☐ 窓口【※要本人確認】	☐ 依頼	1-②			☐ 無	
		〔免許・個力他()〕	☐ 済	1-③			☐ 有	
				1-④				
		☐ 郵送 (/)		2				

保険変更(B)

こども医療費受給資格等変更・喪失届

※該当番号に○(保険変更の際は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						
明石 太郎		令和 8年 1月 1日		1	2	3	4	5	6	7
		年 月 日								
		年 月 日								
		年 月 日								

1 変更	(新) 保険者 名称	☒ 全国健康保険協会(兵庫)支部 ☐ ()健保組合 ☐ ()共済組合 ☐ ()国保 ☐ 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))								
	①加入保険変更	☐ (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。 ☒ (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	1234	番号	56789	適用開始日	令和 8 年 3 月 30 日				
	被保険者	父 ・ 母 ・ その他 ()								
	☐ (C)個人番号を利用した情報連携を希望する									
②住所変更	マイナポータル画面を参考に上図黄色で着色された欄をご記入の上、職員にマイナポータル画面をご提示ください。									
③氏名変更	(旧) → (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. 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 中崎1丁目5番1号
 令和 8 年 4 月 1 日

氏 名 明石 花子
 電 話 (078 - 918 - 5027)

受付者	証発行	証回収	D処理	入力	照合	扶変	受付印
事務処理欄 ☐ 同意書依頼 ☒ マイナポータル確認	【窓口担当職員の方へ】 マイナポータル画面を確認し、記入内容が正しければ、 事務処理欄の「マイナポータル確認」にチェックを記入してください。						
☐ 郵送 (/)			2				

保険変更(C)

子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 太郎	令和 8年 1 月 1 日	1	2	3	4	5	6	7
	年 月 日							
	年 月 日							
	年 月 日							

1 変更	(新) 保険者 名称	☒ 全国健康保険協会(兵庫)支部 ☐ ()健保組合 ☐ ()共済組合 ☐ ()国保 ☐ 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))						
	☐ (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。							
	☐ (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		適用開始日	年 月 日		
	被保険者	父 ・ 母 ・ その他 ()						
①加入保険変更	☒ (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							
	③氏名変更							
	④保護者変更							
	⑤住所変更 (新) 明石市							
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. 保険喪失 2. 生保開始 3. その他 ()							

上図黄色で着色された欄をご記入ください。

「C」(個人番号を利用した情報連携)を希望される場合は

特に添付書類は必要ありません。

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 5 番 1 号

令和 8 年

4 月

1 日

氏 名

明石 花子

電 話 (078

—

918

—

5027)

事務処理欄	受付者	証発行	証回収	D処理	入力	照合	扶変	受付印
	☐ 同意書依頼	無 ・ 有	(喪失のみ)	1-①				
	☐ マイナポータル確認	☐ 窓口【※要本人確認】	☐ 依頼	1-②			☐ 無	
		☐ 免許・個力 他 ()	☐ 済	1-③			☐ 有	
				1-④				
		☐ 郵送 (/)		2				

※該当番号に○(保険変更の際は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。