

住所変更

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

「市民センターでの受付」、「郵送」の場合は、

送付先の選択をご記入ください。

旧住所をご希望の場合は旧住所への送付を希望される期間を
合わせてご記入ください。

(記載日以降の発送となる場合、新住所へお送りします。)

☐ (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

中崎 1 丁目 5-1

(令和 8 年 3 月 30 日異動)

郵送の場合
送付先

旧住所

(令和 8 年 4 月 10 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				