

氏名変更

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							
	年 月 日							

※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。

1 変更	①加入保険変更	(新) 保険者 名称	☐ 全国健康保険協会()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 ()						
		☐ (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 (年 月 日異動)								
郵送の場合送付先	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) 兵庫 → (新) 明石 (令和 8年 3月 30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				