

子ども医療費受給資格等変更・喪失届

※該当番号に○をつけ、内容を記入してください。

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 変更	①加入保険変更	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 加入している健康保険が変更になったときは、 対象児童全員の新しい健康保険証のコピーを貼付してください。 (3人以上の場合は裏面に貼付してください。) </div>		
	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 ・ 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. 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
 年 月 日
 氏 名
 電 話 (- -)

	受付者	証発行	証回収	D処理	入力	照合	扶変確認	受付印
事務 処理 欄	□同意書依頼	無 ・ 有	(喪失のみ) □依頼 □済	1-①				
		□窓口【※要本人確認】		1-②			□無	
		(免許・個力 他 ())		1-③			□有	
		□郵送 (/)		1-④				
				2				