

書き方見本

保険証が変更になった方

受給者証の発行はありません。
そのままご使用ください

子ども医療費受給資格等変更・喪失届

子ども氏名	生年月日	受給者番号
明石 はるか	H28年7月7日	11111111
明石 海斗	R2年4月7日	22222222
	年 月 日	
	年 月 日	

1 変更	① 加入 保険 変更	健康保険 家族(被扶養者) 年 月 日 被保険者証 記号 ○○○○ 番号 ○○ 氏 名 明石 はるか 生 年 月 日 平成28年 7月 7日 性別 女 認 定 年 月 日 令和4年 6月 1日 被 保 険 者 氏 名 明石 海男 事 業 所 名 称 保 険 者 番 号 保 険 者 名 称 ●●健康保険組合 保 険 者 所 在 地	健康保険 家族(被扶養者) 年 月 日 被保険者証 記号 ○○○○ 番号 ○○ 氏 名 明石 海斗 生 年 月 日 令和2年 4月 7日 性別 男 認 定 年 月 日 令和4年 6月 1日 被 保 険 者 氏 名 明石 海男 事 業 所 名 称 保 険 者 番 号 保 険 者 名 称 ●●健康保険組合 保 険 者 所 在 地
		②住所変更 (新) 明石市 郵送の場合 旧住所 ・ 新住所 (日異動) 送付先	③氏名変更 (旧) (新) (日変更)

子ども全員の新しい健康保険証のコピーを
貼り付けてください。
3人以上の場合は、裏面に貼り付けてください。

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 ()
---------	---

※該当番号に○をつけ、内容を記入してください。

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○-○
R4年 △ 月 △ 日

氏 名 明石 海男 父または母

記入した日

電 話 (080 - 0000 - 0000)

	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 □ 窓 □ □ 郵 送 (/)	(喪失のみ) □ 依頼 □ 済	1-①			/	
				1-②			□無	
				1-③			□有	
				1-④			/	
				2			/	