

書き方見本

氏名を変更された方
新しい受給者証を発行します。

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
魚住 はるか	H28年 7月 7日	11111111
魚住 海斗	R2年 4月 7日	22222222
変更後の氏名で記入してください		
<p>1 変更</p> <p>① 加入保険変更</p> <p>新しい受給者証は一週間ほどお送りします。 お手元に届きましたら、旧氏名の受給者証はご自身で破棄してください。</p>		
② 住所変更	(新) 明石市	
郵送の場合送付先	旧住所 (新住所) (郵便番号) までお送りください。	氏名を変更した日
③ 氏名変更	(旧) 明石 (新) 魚住	(R4年 Δ月 Δ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 ()		

※該当番号に〇をつけ、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丁目〇-〇
R4年 Δ月 Δ日
氏名 魚住 海男 父または母
記入した日
電話 (080 - 0000 - 0000)

事務処理欄	受付者	証発行	証回収	D処理	入力	照合	扶変確認	受付印
	<input type="checkbox"/> 同意書依頼	無 ・ 有	(喪失のみ)	1-①			□無	
				1-②				
				1-③	<input type="checkbox"/> 依頼			
				1-④	<input type="checkbox"/> 済			
				2				