

書き方見本

明石市内で転居された方

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
明石 はるか	H28年7月7日	1111111
明石 海斗	R2年4月7日	2222222
	年 月 日	
	年 月 日	
1 変更	①加入保険変更	<p>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。)</p> <p>新しい住所を記入してください</p> <p>住み始めた日</p>
	②住所変更	<p>(新) 明石市 中崎1丁目〇-〇 (R4年△月△日異動)</p> <p>旧住所 ・ 新住所</p>
	③氏名変更	<p>(旧) →</p> <p>1週間ほどで新しい受給者証をお送りします。希望する送付先を○で囲んでください。</p>
	④保護者変更	<p>(旧) →</p> <p>新しい住所の受給者証がお手元に届きましたら、旧住所の証はご自身で破棄してください。</p>
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丁目〇-〇

新住所

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 )

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			/	
				1-②			<input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 窓 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 依頼	1-③			<input type="checkbox"/> 有	
		<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 済	1-④			/	
	( / )		2			/		