

ひとり親家庭医療費受給資格事項変更・喪失届

記入例①

門真市長 様

本市が受給者等の住民基本台帳や市民税課税台帳、国民健康保険資格台帳、児童扶養手当受給者台帳及びマイナンバーを利用した情報連携（所得・健康保険情報）により本医療証の資格の認定に必要な情報を確認します。

左記のことに同意し届出します。 申請日 令和 6年 12月 2日

申請者 住所 門真市 中町1番1号

氏名 門真 花子

連絡先 080 - 0000 - 0000

届出事由	変更事由	1 氏名 2 住所 3 扶養義務者 4 保険（ <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを健康保険証として登録している。）	変更年月日 R 6年 12月 2日
	喪失事由	1 転出 2 死亡 3 生活保護受給 4 婚姻（事実婚を含む。） 5 その他（ ）	喪失年月日 R 年 月 日

\* 変更事由の4に該当する場合は、受給者全員の加入している健康保険の資格情報がわかるものの写しを添付または個人番号及び保険の種類を記入してください。  
\* 喪失日以降に医療証を使用した場合、医療費を請求することがあります。

受給者の変更	受給者番号			
	氏名	門真 花子	門真 一郎	門真 二郎
	生年月日	Ⓢ・H・R 60年 1月 1日	S・Ⓜ・R 28年 2月 2日	S・H・Ⓡ 2年 3月 3日
	個人番号			
	保険の種類	国民健康保険・国保組合 社会保険・共済組合・船員保険	国民健康保険・国保組合 社会保険・共済組合・船員保険	国民健康保険・国保組合 社会保険・共済組合・船員保険
	変更後氏名 変更後住所	<p><b>記入例① 健康保険の資格情報がわかるものの写しがある場合</b></p> <p>（例）健康保険証 健康保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」や「資格確認書」 マイナポータル内の資格取得日がわかる「資格情報画面」</p>		
扶養義務者の変更	氏名			
	生年月日	年 月 日	1月1日現在の住所	市 同居・別居
	氏名	続柄（ ）		
	生年月日	年 月 日	1月1日現在の住所	市 同居・別居

市処理欄 ※ 以下は記入しないでください。

加入健康保険	健康保険資格取得日	申請者本人確認	個人番号 (マイナ保険証の場合)	受付者
<input type="checkbox"/> お知らせ等	① 年 月 日	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	受付日
<input type="checkbox"/> 資格確認書	② 年 月 日	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 困難な理由有	
<input type="checkbox"/> マイナ保険証 照会	③ 年 月 日	<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 補記了承有	

ひとり親家庭医療費受給資格事項変更・喪失届

記入例②

門真市長 様

本市が受給者等の住民基本台帳や市民税課税台帳、国民健康保険資格台帳、児童扶養手当受給者台帳及びマイナンバーを利用した情報連携（所得・健康保険情報）により本医療証の資格の認定に必要な情報を確認します。

左記のことに同意し届出します。 申請日 令和 6年 12月 2日

申請者 住所 門真市 中町1番1号

氏名 門真 花子

連絡先 080 - 0000 - 0000

届出事由	変更事由	1 氏名 2 住所 3 扶養義務者 4 保険 ( <input checked="" type="checkbox"/> マイナンバーカードを健康保険証として登録している。 )	変更年月日 R 6年 12月 2日
	喪失事由	1 転出 2 死亡 3 生活保護受給 4 婚姻 (事実婚を含む。) 5 その他 ( )	喪失年月日 R 年 月 日

\* 変更事由の4に該当する場合は、受給者全員の加入している健康保険の資格情報がわかるものの写しを添付または個人番号及び保険の種類を記入してください。  
\* 喪失日以降に医療証を使用した場合、医療費を請求することがあります。

受給者の変更	受給者番号			
	氏名	門真 花子	門真 一郎	門真 二郎
	生年月日	Ⓢ・H・R 60年 1月 1日	S・Ⓜ・R 28年 2月 2日	S・H・Ⓡ 2年 3月 3日
	個人番号	0000000000000000	1111111111111111	2222222222222222
	保険の種類	国民健康保険・国保組合 社会保険、共済組合・船員保険	国民健康保険・国保組合 社会保険、共済組合・船員保険	国民健康保険・国保組合 社会保険、共済組合・船員保険
	変更後氏名			
扶養義務者の変更	変更事由	記入例② 健康保険の資格情報がわかるものの写しがない場合 届出事由の変更事由、4 保険の「マイナンバーカードを健康保険証として登録している。」にチェックの上、個人番号の記入及び保険の種類に丸を付けてください。 ※マイナンバーカードを健康保険証として登録していない場合は、「資格確認書」などを加入している健康保険組合より取得してください。		
	氏名			
	生年月日	同居・別居		
	氏名	続柄 ( )		
	生年月日	1月1日現在の住所 市 同居・別居		

市処理欄 ※ 以下は記入しないでください。

加入健康保険	健康保険資格取得日	申請者本人確認	個人番号 (マイナ保険証の場合)	受付者
<input type="checkbox"/> お知らせ等	① 年 月 日	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	受付日
<input type="checkbox"/> 資格確認書	② 年 月 日	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 困難な理由有	
<input type="checkbox"/> マイナ保険証 照会	③ 年 月 日	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 補記了承有	