

こども医療費受給資格事項変更・喪失届

門真市長 様

本市が、対象児童及び保護者の 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）により本医療証の変更に必 要な情報を確認します。	<input type="checkbox"/> 左記のことに同意し届出します。 申請日 令和 年 月 日 <hr/> 申請者（生計中心者） 住 所 <hr/> 氏 名 <hr/> 連絡先 (来庁者)
--	--

届出事由	変更事由	1 氏名（児童・保護者） 2 住所（児童・保護者） 3 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） 4 保護者	変更年月日 R 年 月 日
喪失事由	1 転出 2 死亡 3 生活保護受給 4 ひとり親家庭医療該当 5 その他（ ）	喪失年月日 R 年 月 日	

*変更事由の3に該当する場合は、受給者全員の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。

児童の変更	受給者番号																													
	氏名 生年月日																													
		H・R 年 月 日										H・R 年 月 日										H・R 年 月 日								
	個人番号																													
	保険の種類	国保・社保・共済・国組・船員									国保・社保・共済・国組・船員									国保・社保・共済・国組・船員										
	変更後住所	1 申請者と同じ 2 その他（ ）																												
保護者の変更	変更前	氏名 住所 生年月日 年 月 日																												
	変更後	氏名 住所 生年月日 年 月 日																												
	前年1月1日現在の住所														今年1月1日現在の住所															
	1 門真市 2 その他(市区町村)														1 門真市 2 その他(市区町村)															

市処理欄 ※ 以下は記入しないでください。

加入健康保険	申請者本人確認	個人番号 (保護者変更のみ)	備考	受付者	
<input type="checkbox"/> お知らせ等 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> マイナ保険証 照会	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 困難な理由有 <input type="checkbox"/> 補記了承有		受付日	