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。

☑左記のことに同意し届出します。　申請日　令和 5 年 4 月 1 日

申請者（生計中心者）　住　所　中町１番１号

氏　名　門真　太郎

連絡先（来庁者）　080―0000―0000

届出事由			
変更事由	①1氏名（児童・保護者）　②2住所（児童・保護者） ③3保険（☑マイナンバーカードを健康保険証として登録している）　④4保護者	変更年月日 R 5年 4月 1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	門真　一郎	門真　一郎	
	生年月日	H・R 28年 2月 2日	H・R 2年 3月 3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
	変更後氏名			
	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 1　門真市 2　その他（　　市区町村）	今年1月1日現在の住所 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
□お知らせ等 □資格確認書 □マイナ保険証　照会	□ 個人番号カード □ 運転免許証 □ その他（　　）	□ 個人番号カード □ 困難な理由有 □ 補記了承有		受付日