

氏名変更

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 太郎	令和6年 1月 1日	1	2	3	4	5	6	7
	年 月 日							
	年 月 日							
	年 月 日							

※該当番号に○(保険変更の時はA〜Cのチェックも必要です)をつけ、内容をご記入ください。

1 変更	①加入保険変更	<input type="checkbox"/> (新) 保険者名称 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会()支部 <input type="checkbox"/> ()健保組合 <input type="checkbox"/> ()共済組合 <input type="checkbox"/> ()国保 <input type="checkbox"/> 明石市国保 (明石市国保の方は以下の添付書類等は不要です。(A〜Cの選択も不要です))		
		<input type="checkbox"/> (A)保険証・資格確認書を提示する →裏面に写し(子ども本人のもの)を添付してください。 <input type="checkbox"/> (B)マイナ保険証を提示する →マイナポータルを参考に以下の欄をご記入の上、職員に画面をご提示ください。		
		記号	番号	適用開始日
		被保険者	父・母・その他()	年 月 日
		<input type="checkbox"/> (C)個人番号を利用した情報連携を希望する		
2 喪失	②住所変更	(新) 明石市 (年 月 日異動)		
	郵送の場合送付先	旧住所(年 月 日まで) ・ 新住所 ○で囲んでください。		
	③氏名変更	(旧) 兵庫 → (新) 明石 (令和6年 12月 1日変更)		
	④保護者変更	(旧) → (新) (年 月 日変更)		
	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. 保険喪失	2. 生保開始	3. その他()	

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5番1号
 令和6年 12月 2日
 氏名 明石 花子
 電話 (078 - 918 - 5027)

事務処理欄	受付者	証発行	証回収	D処理	入力	照合	扶変	受付印
	<input type="checkbox"/> 同意書依頼 <input type="checkbox"/> マイナポータル確認	無 ・ 有 <input type="checkbox"/> 窓口【※要本人確認】 [免許・個力 他()] <input type="checkbox"/> 郵送(/)	(喪失のみ) <input type="checkbox"/> 依頼 <input type="checkbox"/> 済	1-①				
				1-②			<input type="checkbox"/> 無	
				1-③			<input type="checkbox"/> 有	
				1-④				
				2				