

子ども医療費受給資格等変更・喪失届

こども氏名	生年月日	受給者番号
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	

※該当番号に○(保険変更の際は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	(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(こども本人のもの)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。								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">記号</td> <td style="width: 25%;">番号</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">適用開始日</td> <td style="width: 45%; text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>被保険者</td> <td>父・母・その他()</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	記号	番号	適用開始日	年 月 日	被保険者	父・母・その他()		
	記号	番号	適用開始日	年 月 日					
被保険者	父・母・その他()								
<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) →(新) ()年()月()日変更 ④保護者変更 (旧) →(新) ()年()月()日変更								
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. 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
 年 月 日
 氏名
 電話 (- -)

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	(喪失のみ)	1-①			/	
		<input type="checkbox"/> 窓口【※要本人確認】 <input type="checkbox"/> 免許・個力 <input type="checkbox"/> 他()	<input type="checkbox"/> 依頼	1-②			□無	
			<input type="checkbox"/> 済	1-③			□有	
				1-④			/	
		<input type="checkbox"/> 郵送(/)		2			/	

【健康保険証貼付欄】

※資格確認書等をお持ちの方も裏面に添付の上ご申請ください。

