

保険変更(A)

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 | <input type="checkbox"/> (新) 保険者名称 <input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会(兵庫)支部 <input type="checkbox"/> ()共済組合 <input type="checkbox"/> ()健保組合 <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 checked="" 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。 |
| | 上図黄色で着色された欄をご記入の上、 裏面に子ども本人の「健康保険証」か「資格確認書」を添付 してください。 |
| | ②住所 旧住所 (年 月 日まで) ・ 新住所 ○で囲んでください。 (日異動) |
| | 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 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 | (喪失のみ) | 1-① | | | / | |
| | | □窓口【※要本人確認】 | □依頼 | 1-② | | | □無 | |
| | | 〔免許・個力 他()〕 | □済 | 1-③ | | | □有 | |
| | | | | 1-④ | | | / | |
| | | □郵送(/) | | 2 | | | / | |

保険変更(B)

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 | <input type="checkbox"/> (新) 保険者名称 <input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会(兵庫)支部 <input type="checkbox"/> ()共済組合 <input type="checkbox"/> ()健保組合 <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 checked="" 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 1234 番号 56789 | 適用開始日 | | 令和6年 12月 1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住所変更 | マイナポータル画面を参考に上図黄色で塗りつぶされた欄をご記入の上、職員にマイナポータル画面をご提示ください。 | | | | | | 日異動) |
| ③氏名変更 | → | | (年 月 日) | | 日変更) | | | |
| ④保護者変更 | (旧) | → | | (新) | (年 月 日) | | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> 同意書依頼 <input checked="" type="checkbox"/> マイナポータル確認 | 証発行 | 証回収 | D処理 | 入力 | 照合 | 扶変 | 受付印 |
| | 【窓口担当職員の方へ】 マイナポータル画面を確認し、記入内容が正しければ、事務処理欄の「マイナポータル確認」にチェックを記入してください。 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 郵送 (/) | | | 2 | | | | |

