

住所変更

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							

「市民センターでの受付」、「郵送」の場合は、

送付先の選択をご記入ください。

旧住所をご希望の場合は旧住所への送付を希望される期間を  
合わせてご記入ください。

(記載日以降の発送となる場合、新住所へお送りします。)

(C)個人番号を利用した情報連携を希望する

②住所変更

(新) 明石市

中崎1丁目5-1

(令和6年12月1日異動)

郵送の場合  
送付先

旧住所

(令和7年1月10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

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 )

※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。

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			/	