

收受印

子ども医療費助成申請事項変更・資格消滅届

受給者番号																		
申請事項変更	住所	変更前	厚木市							変更年月日								
		変更後	厚木市							平成	年 月 日							
		家族構成	変更なし・変更あり(内容:)															
	子ども氏名	変更前								平成	年 月 日							
		変更後																
		変更区分	本名・通称名															
	養育者	変更前								平成	年 月 日							
		変更後																
		同意	本届出及び資格更新時等に、住所及び所得状況に係る事項について、公簿及び課税台帳により確認することに同意いたします。															
		理由	離婚・養子縁組・別居開始(市内・市外・国外) 同居開始・死亡・その他()									※市処理欄 児切替 有・無・予定有						
	健康保険	変更後の資格情報について	いずれかに☑をつけてください。 □健康保険証、資格確認書等にて確認(裏面にコピーを貼付してください。) □マイナ保険証の利用(以下※印を記入してください。)(市が個人番号を利用して、健康保険情報を取得します。)															
※被保険者名																		
※被保険者名 保険の種類			当てはまるものに○をつけてください (国保組合の場合は名称を記入) 1 健保協会・健保組合 2 共済組合 3 厚木市国保 4 船員保険 5 () 国保組合															
/																		
									資格消滅	消滅理由	転出(転出先住所)							
											他制度切替(ひとり親・生活保護・死亡 その他()							
									消滅年月日	平成・令和 年 月 日								
									上記のとおり、子ども医療費助成について、申請事項の変更又は資格の消滅を届け出ます。 令和 年 月 日									
									(宛先) 厚木市長									
									届出者住所 _____									
									届出者氏名 _____									
									電 話 _____ 父・母・自宅・() _____									
									子ども氏名 _____									
									子ども生年月日 _____									