

# 記入例(転居、転出)

子ども医療費助成申請事項変更・資格消滅届

収受印

厚木市内で転居する場合に記入してください。

申請事項変更	住所	変更前	厚木市 ○○1-1-1		変更年月日		
		変更後	厚木市 ××2-2-2		平成 令和	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	家族構成が変更ありで、その内容が父母との別居開始又は同居開始の場合は、養育者欄の記入も必要です。 詳しくは子育て給付課(電話225-2230)へお問い合わせください。			年 月 日	
		変更後				年 月 日	
	養育者	変更前				平成 令和 年 月 日	
		変更後				年 月 日	
		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) 別居解消・死亡・その他( )			※市処理欄 見切替 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。 <input type="checkbox"/> 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。) <input type="checkbox"/> 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			1 厚木市国 2 ( ) 3 厚木市国 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 ○○県○○市○○3-3-3 ) 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 厚木市○○町○

届出者氏名 厚木 花子

電 話 \*\*\* - \*\*\*\* - \*\*\*

子ども氏名 厚木 太郎、厚木 次郎

子ども生年月日 H○.○.○、R○.○.○

対象の子どもが2人以上いる場合には、並べて記入してください。