

記入例(保険変更)

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										
住所	変更前	厚木市							変更年月日	
	変更後	厚木市							平成 令和	年 月 日
	家族構成	変更なし・変更								
子ども 氏名	変更前								マイナポータル又は資格情報のお知らせで確認することができます。 1、健保組合・健保組合 (例)〇〇健康保険組合、全国健康保険協会〇〇支部 2、共済組合 (例)〇〇共済組合、〇〇共済事業団 3、船員保険 (例)全国健康保険協会船員保険部 ・〇〇国民健康保険組合 4、厚木市国保 厚木市国民健康保険 5、()国保組合 (例)〇〇国民健康保険組合	
	変更後									
	変更区分	本名・通称名								
	変更前									
	変更前									
健康保険		健康保険証、資格確認書を届の裏面に貼り付けてください。※2人以上をまとめて届け出る場合は、貼り付けず同封してください。								
	変更後の資格情報について	健康保険 変更後の資格情報について 健康保険 変更後の資格情報について 健康保険 変更後の資格情報について								
	資格消滅	資格消滅理由 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 〇 年 〇 月 〇 日

(宛先) 厚木市長

届出者住所 厚木市〇〇〇

届出者氏名 厚木 花子

電 話 *** - **** - * 自宅・父・母

子ども氏名 厚木 太郎、厚木 次郎

子ども生年月日 H〇.〇.〇、R〇.〇.〇

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。