

接受印

## 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・変更あり(内容: )							
こども 氏名	変更前								平成 令和 年　月　日
	変更後								
	変更区分	本名・通称名							
申請事項 変更	変更前								平成 令和 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	いざれかに□をつけてください。 <input type="checkbox"/> 資格確認書、資格情報のお知らせ等にて確認 (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 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　　ー　　ー　　父・母・自宅・( )									
こども氏名									
こども生年月日 . . .									