

子ども医療費助成申請事項変更・資格消滅届

										収受印	
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 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								
	養育者	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（ ）								
	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。 □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。） □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 ・ （ ） こども氏名 こども生年月日 . .											