

# 記入例(転居、転出)

受印

## 子ども医療費助成申請事項変更・資格消滅届

厚木市内で転居する場合に記入してください。

住所	変更前	厚木市 ○○1-1-1	変更年月日 平成 令和
	変更後	厚木市 ××2-2-2	
	家族構成	変更なし・変更あり(内容: )	
こども 氏名	変更前		
	変更	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。	
	変更		
申請事項 変更	変更前		
	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。	
養育者	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 児切替 有・無・予定有
健康保険	変更後の資格情報について	いづれかに□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。)	平成 令和
		□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	
厚木市外へ転出する場合に記入してください。 海外へ転出する場合は国名のみを記入してください。			
3 厚木市国 5 ( ) 4 船員保険 国保組合			
資格消滅	転出(転出先住所)	○○県○○市○○3-3-3	
	消滅理由	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

\*\*\* - \*\*\* - \*\*\*

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。

こども氏名

厚木 太郎、厚木 次郎

こども生年月日

H ○ . ○ . ○ , R ○ . ○ . ○