

記入例(保険変更)

子ども医療費助成申請事項変更・資格消滅届

收受印

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	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								平成	年	月	日
		変更後											
		変更区分	本名・通称名										
	養育者	変更前								平成	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) 別居解消・死亡・その他()										
健康保険	保険証の写し貼付欄	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 20px; padding: 10px; text-align: center;"> <p>健康保険証のコピーを貼ってください。 お子様が2人以上いる場合は、 コピーは貼らずに、封筒に同封してください。</p> </div>											
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()											
資格消滅	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。 <div style="text-align: right;">令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日</div>													
(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 *** - **** - **** 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○.○.○、R○.○.○													