

記入例（加入健康保険の変更）

**被保険者が乳幼児と住所が異なる場合は、記載方法や必要書類が一部異なります。**  
 児童家庭課までご確認ください。

乳幼児医療費受給資格内容変更届出書

平成18年 8月 9日

会津若松市長（あて）

住所 会津若松市 東栄町3番46号  
 届出者 氏名 若松 一郎 印  
 電話 0242(39)1243

健康保険の被保険者名を記入してください。  
 押印を忘れずに。

受給者番号	6	7	8	9	0
-------	---	---	---	---	---

変更箇所に をつけてください。

変更事由	1 氏名 2 住所 (3) 加入健康保険 4 振込先金融機関 5 その他		
乳幼児氏名	若松 太郎		
	住所	会津若松市	
加入健康保険	被保険者氏名	記号 若わをん	保険者名 会津若松社会保険事務所
		番号 6543	
	保険者番号 0705	乳幼児の認定年月日 平成18年8月1日	勤務先 有限会社 役所工業
振込先金融機関	金融機関名	名義人	口座の種類 普通・当座
	支店名等		口座番号
その他	変更年月日 平成18年 8月 1日	備考	

該当する乳幼児氏名を記入してください。

変更後の健康保険証の内容を記入してください。

健康保険証の被保険者が変更になった場合は、振込先金融機関も被保険者名義に変更となります。その場合は、変更事由の4に をつけ、被保険者名義の預金口座を記入してください。（郵便局以外）

変更年月日を記入してください。  
 通常は乳幼児の認定年月日ですが、合併や本社移転等で加入健康保険の記号・番号・保険者番号が変更になった場合は、変更になった年月日となります。

- 注1 変更事由欄の該当する番号を で囲み、変更する該当欄のみ記入して、  
 2 内容変更の事実を証明できるものを提示してください。  
 3 受給資格証を添付してください。

ここから下は、記入しないでください。

処 理	平成	年	月	日
助成開始	平成	年	月	日

<p><b>変更に必要な書類等（この届出書以外）</b></p> <p>1 乳幼児医療費受給資格証</p> <p>2 お子さんの氏名が入っている健康保険証</p> <p>3 印鑑（シャチハタ以外のもの）</p> <p>4 被保険者の所得金額と課税状況が分かる書類</p> <p>[ 本年（又は昨年）の1月1日に会津若松市に住民登録がなかった方のみ ]</p>	<p>2は変更後のもの（被保険者が変更になった場合被保険者名義の預金通帳（郵便局以外）もお持ちください）</p>
---	--

届出の際は、「変更に必要な書類等」を御持参の上、会津若松市役所児童家庭課・北会津支所住民福祉課・河東支所住民福祉課のいずれかの窓口までお越しください。

記入例（加入健康保険の変更（社保等から国保））

乳幼児医療費受給資格内容変更届出書

平成18年 8月 9日

会津若松市長（あて）

住所 会津若松市 東栄町3番46号  
 届出者 氏名 若松 一郎 印  
 電話 0242(39)1243

健康保険の被保険者名を記入してください。  
 押印を忘れずに。

受給者番号	6	7	8	9	0
-------	---	---	---	---	---

変更箇所につけてください。

変更事由	1 氏名 2 住所 ③加入健康保険 4 振込先金融機関 5 その他		
乳幼児氏名	若松 太郎		
	住所	会津若松市	
加入健康保険	被保険者氏名	記号 島6	保険者名 会津若松市
	若松 一郎	番号 299999	
	保険者番号	乳幼児の認定年月日	勤務先
	070029	平成18年8月1日	
振込先金融機関	金融機関名	名義人	口座の種類
	支店名等		普通・当座
			口座番号
その他	変更年月日	平成18年 8月 1日	

該当する乳幼児氏名を記入してください。

変更後の健康保険証の内容を記入してください。

変更年月日を記入してください。

社保等から国保へ変更になった場合、国保資格取得日で受給資格が喪失となります。  
 その後、再度社保等へ加入なされた場合は、新規の登録が必要です。

- 注1 変更事由欄の該当する番号を で囲み、変更する該当欄のみ記入してください。  
 2 内容変更の事実を証明できるものを提示してください。  
 3 受給資格証を添付してください。

ここから下は、記入しないでください。

処 理	平成	年	月	日
助成開始	平成	年	月	日

変更に必要な書類等（この届出書以外） 1 乳幼児医療費受給資格証 2 お子さんの氏名が入っている健康保険証 3 印鑑（シャチハタ以外のもの）	2は変更後のもの
---	----------

届出の際は、「変更に必要な書類等」を御持参の上、会津若松市役所児童家庭課・北会津支所住民福祉課・河東支所住民福祉課のいずれかの窓口までお越しください。

記入例（住所の変更（市内転居））

乳幼児医療費受給資格内容変更届出書

平成18年 8月 9日

会津若松市長（あて）

住所 会津若松市 栄町5番17号  
 届出者 氏名 若松 一郎 印  
 電話 0242(39)1243

受給者番号	6	7	8	9	0
-------	---	---	---	---	---

変更後の住所を記入してください。

健康保険の被保険者名を記入してください。  
押印を忘れずに。

変更箇所に をつけてください。

変更事由	1 氏名 ②住所 3 加入健康保険 4 振込先金融機関 5 その他		
乳幼児氏名	若松 太郎		
住所	会津若松市 栄町5番17号		
加入健康保険	被保険者氏名	記号	保険者名
		番号	
	保険者番号	乳幼児の認定年月日 平成 年 月 日	勤務先
振込先金融機関	金融機関名	名義人	口座の種類 普通 ・ 当座
	支店名等		口座番号
その他	変更年月日 平成18年 8月 1日	備考	
	旧住所 東栄町3番46号		

該当する乳幼児氏名と変更後の住所を記入してください。

変更年月日と変更前の住所を記入してください。

- 注1 変更事由欄の該当する番号を で囲み、変更する該当欄のみ記入してください。  
 2 内容変更の事実を証明できるものを提示してください。  
 3 受給資格証を添付してください。

ここから下は、記入しないでください。

処 理	平成	年	月	日
助成開始	平成	年	月	日

変更に必要な書類等（この届出書以外）

- 乳幼児医療費受給資格証
- 印鑑（シャチハタ以外のもの）

届出の際は、「変更に必要な書類等」を御持参の上、会津若松市役所児童家庭課・北会津支所住民福祉課・河東支所住民福祉課のいずれかの窓口までお越しください。

記入例（住所の変更（市外転出））

乳幼児医療費受給資格内容変更届出書

平成18年 8月 9日

会津若松市長（あて）

住所 会津若松市 栄町5番17号  
 届出者 氏名 若松 一郎 印  
 電話 0242(39)1243

受給者番号	6	7	8	9	0
-------	---	---	---	---	---

会津若松市での住所を記入してください。

健康保険の被保険者名を記入してください。  
押印を忘れずに。

変更箇所につけてください。

該当する乳幼児氏名を記入してください。

変更年月日と転出先・電話番号を記入してください。

変更事由	1 氏名 2 住所 3 加入健康保険 4 振込先金融機関 5 その他				
乳幼児氏名	若松 太郎				
	住所	会津若松市			
加入健康保険	被保険者氏名	記号	保険者名		
		番号			
	保険者番号	乳幼児の認定年月日	勤務先		
		平成 年 月 日			
振込先金融機関	金融機関名	名義人	口座の種類		
			普通 ・ 当座		
	支店名等		口座番号		
その他	変更年月日	平成18年 8月 1日	備考		
	転出先	福島市杉妻町2番16号			
	電話番号	090-5555-1111			

- 注1 変更事由欄の該当する番号を で囲み、変更する該当欄のみ記入してください。  
 2 内容変更の事実を証明できるものを提示してください。  
 3 受給資格証を添付してください。

ここから下は、記入しないでください。

処 理	平成	年	月	日
助成開始	平成	年	月	日

変更に必要な書類等（この届出書以外）

- 乳幼児医療費受給資格証
- 印鑑（シャチハタ以外のもの）

届出の際は、「変更に必要な書類等」を御持参の上、会津若松市役所児童家庭課・北会津支所住民福祉課・河東支所住民福祉課のいずれかの窓口までお越しください。

記入例（振込先金融機関の変更）

乳幼児医療費受給資格内容変更届出書

平成18年 8月 9日

会津若松市長（あて）

住所 会津若松市 東栄町3番46号  
 届出者 氏名 若松 一郎 印  
 電話 0242(39)1243

健康保険の被保険者名を記入してください。押印を忘れずに。

受給者番号	6	7	8	9	0
-------	---	---	---	---	---

変更箇所に をつけてください。

変更事由	1 氏名 2 住所 3 加入健康保険 ④ 振込先金融機関 5 その他		
乳幼児氏名	若松 太郎		
	住所	会津若松市	
加入健康保険	被保険者氏名	記号	保険者名
		番号	
	保険者番号	乳幼児の認定年月日 平成 年 月 日	勤務先
振込先金融機関	金融機関名 会津銀行	名義人 若松 一郎	口座の種類 普通 ・ 当座
	支店名等 栄町支店		口座番号 78901
その他	変更年月日 平成18年 8月 1日	備考	

該当する乳幼児氏名を記入してください。

変更後の保護者（被保険者）名義の預金口座を記入してください。（郵便局以外）

変更年月日を記入してください。

- 注1 変更事由欄の該当する番号を で囲み、変更する該当欄のみ記入してください。  
 2 内容変更の事実を証明できるものを提示してください。  
 3 受給資格証を添付してください。

ここから下は、記入しないでください。

処 理	平成 年 月 日
助成開始	平成 年 月 日

変更に必要な書類等（この届出書以外） 1 乳幼児医療費受給資格証 2 保護者（被保険者）名義の預金通帳（郵便局以外） 3 印鑑（シャチハタ以外のもの）	2は変更後のもの
--	----------

届出の際は、「変更に必要な書類等」を御持参の上、会津若松市役所児童家庭課・北会津支所住民福祉課・河東支所住民福祉課のいずれかの窓口までお越しください。

記入例（被保険者と乳幼児の名前の変更）

乳幼児医療費受給資格内容変更届出書

平成18年 8月 9日

会津若松市長（あて）

住所 会津若松市 東栄町3番46号  
 届出者 氏名 会津一郎 印  
 電話 0242(39)1243

受給者番号	6	7	8	9	0
-------	---	---	---	---	---

変更後の氏名を記入してください。

健康保険の被保険者名を記入してください。  
押印を忘れずに。

変更箇所に をつけてください。

変更事由	① 氏名 2 住所 3 加入健康保険 4 振込先金融機関 5 その他				
乳幼児氏名	会津太郎				
	住所	会津若松市			
加入健康保険	被保険者氏名	記号	保険者名		
	会津一郎	番号			
	保険者番号	乳幼児の認定年月日	勤務先		
		平成 年 月 日			
振込先金融機関	金融機関名	名義人	口座の種類		
	支店名等	会津一郎	普通・当座		
			口座番号		
その他	変更年月日	平成18年 8月 1日	備考		
	旧姓	若松			

該当する乳幼児の変更後の氏名を記入してください。

変更後の被保険者の氏名を記入してください。

変更後の被保険者の氏名を記入してください。

変更年月日と変更前の氏名を記入してください。

- 注1 変更事由欄の該当する番号を で囲み、変更する該当欄のみ記入してください。  
 2 内容変更の事実を証明できるものを提示してください。  
 3 受給資格証を添付してください。

ここから下は、記入しないでください。

処 理	平成 年 月 日
助成開始	平成 年 月 日

<p><b>変更に必要な書類等（この届出書以外）</b></p> <p>1 乳幼児医療費受給資格証</p> <p>2 お子さんの氏名が入っている健康保険証</p> <p>3 保護者（被保険者）名義の預金通帳（郵便局以外）</p> <p>4 印鑑（シャチハタ以外のもの）</p>	<p>2・3・4は変更後のもの</p>
--	---------------------

届出の際は、「変更に必要な書類等」を御持参の上、会津若松市役所児童家庭課・北会津支所住民福祉課・河東支所住民福祉課のいずれかの窓口までお越しください。

記入例（乳幼児の氏名、住所（市内転居）加入健康保険、振込先金融機関の変更）

乳幼児医療費受給資格内容変更届出書

平成18年 8月 9日

会津若松市長（あて）

届出者 住所 会津若松市 東栄町3番46号  
 氏名 会津 一郎 印  
 電話 0242(39)1243

受給者番号	6	7	8	9	0
-------	---	---	---	---	---

変更事由	①氏名 ②住所 ③加入健康保険 ④振込先金融機関 ⑤その他				
乳幼児氏名	若松 太郎				
住所	会津若松市 栄町5番17号				
加入健康保険	被保険者氏名	記号	若わをん	保険者名	
	若松 一郎	番号	6543	会津若松社会保険事務所	
加入健康保険	保険者番号	乳幼児の認定年月日	平成18年8月1日	勤務先	
	0705				有限会社 役所工業
振込先金融機関	金融機関名	名義人	若松 一郎	口座の種類	
	会津銀行				普通・当座
振込先金融機関	支店名等				口座番号
	栄町支店				78901
その他	変更年月日	平成18年 8月 1日	備考		
	旧姓	若松			
	旧住所	東栄町3番46号			

注1 変更事由欄の該当する番号を で囲み、変更する該当欄のみ記入してください。  
 2 内容変更の事実を証明できるものを提示してください。  
 3 受給資格証を添付してください。

ここから下は、記入しないでください。

処 理	平成	年	月	日
助成開始	平成	年	月	日

変更後の住所を記入してください。

健康保険の被保険者名を記入してください。押印を忘れずに。

変更箇所に をつけてください。

該当する乳幼児氏名と変更後の住所を記入してください。

変更後の健康保険証の内容を記入してください。

変更後の保護者（被保険者）名義の預金口座を記入してください。（郵便局以外）  
健康保険証の被保険者が変更になった場合は、振込先金融機関も被保険者名義に変更となります。

変更年月日と変更前の住所・氏名を記入してください。

<p><b>変更に必要な書類等（この届出書以外）</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 乳幼児医療費受給資格証</li> <li>2 お子さんの氏名が入っている健康保険証</li> <li>3 保護者（被保険者）名義の預金通帳（郵便局以外）</li> <li>4 印鑑（シャチハタ以外のもの）</li> <li>5 被保険者の所得金額と課税状況が分かる書類</li> </ol> <p>[本年（又は昨年）の1月1日に会津若松市に住民登録がなかった方のみ]</p>	<p>2・3・4は変更後のもの（どちらか一方のみの変更の場合は変更になった方のみお持ちください）</p> <p>5は被保険者が変更になった場合のみ</p>
---	---

届出の際は、「変更に必要な書類等」を御持参の上、会津若松市役所児童家庭課・北会津支所住民福祉課・河東支所住民福祉課のいずれかの窓口までお越しください。