

# 記入例

提出日を記入してください。

## 子ども医療費受給資格内容変更届出書

年 月 日

届出に来られる方の現在の(転出される場合は、転出前の)住所・氏名・電話番号を記入してください。

会津若松市長 （あて）

住 所 会津若松市 東栄町3-46

届出者 氏 名 若松 竹子

該当する変更事由を○で囲んでください。

電 話 090 （ 0000 ） 0000

次のとおり受給資格内容に変更がなされたので届出します。

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 喪失 ( 転出 ) ・ 国保加入		
受給資格証番号	受給資格証番号		
8888888	資格者証の二段目の7桁の数字を記入してください。(不明な場合は省略可)		
子どもの氏名	子どもの氏名		
若松 竹子	お子さまの氏名・生年月日を記入してください。		
生年月日 ( 令和2年 6月 23日 )	生年月日 ( 年 月 日 )		
現住所	市内転居の場合は、転居先の住所を、転出の場合は、転出前の住所を記入してください。		
会津若松市 同上 (変更事由2の場合)			
加入健康保険	被保険者氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 別添のとおり	支店名	口座の種類
	保険者名	変更事由3について、お子さまの健康保険情報を転記してください。また、次のいずれかの写しも添付してください。 ・資格情報のお知らせ(※お子さまのものと併せて、被保険者のものも必要です。) ・資格確認書 ・従来の健康保険証	
振込先金融機関	金融機関名 <input checked="" type="checkbox"/> 別添のとおり	支店名	口座の種類
	名義人名 (カタカナ)	変更事由が4の場合、保護者の口座の情報を記載されている内容を転記してください。口座(通帳等)の写しも添付してください。	
変更事由1~4	変更年月日	令和6年 6月 29日	変更事由1~4の場合は、変更年月日を変更事由2の場合は、転居前の住所を記入してください。
(転居前住所)	会津若松市西栄町00-00		
変更事由5	喪失年月日	令和6年 7月 4日	
転出先住所	受給資格証の返還 ( 済 ・ 未 )		
郡山市〇〇町二丁目99-99	変更事由5の場合、転出される方は転出予定日を、国民健康保険に加入される方は加入日を記入してください。受給資格証の返還について、当日資格者証を返還される場合は「済」を、返還されない場合は「未」を○で囲んでください。転出される方は、転出先の住所も記入してください。		

- 注1 変更事由欄の該当する番号を○で囲んでください。  
 注2 内容変更の事実を証明できるものを添付してください。  
 注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	年 月 日
変 更	年 月 日