

子ども医療費助成制度 申請事項変更(消滅)届

対象児童	受給者番号								受給者番号									
	子ども氏名									子ども氏名								
	受給者番号								受給者番号									
	子ども氏名									子ども氏名								

☐ 変更

【 事由発生日： 令和 年 月 日 】

ホームページ掲載版

氏名	子	旧() ⇒ 新()								旧() ⇒ 新()										
		旧() ⇒ 新()								旧() ⇒ 新()										
	保護者	旧() ⇒ 新()																		
住所	旧住所	江戸川区																		
	新住所	江戸川区																		
保護者		旧() ⇒ 新()																		
	事由	1 別居 2 世帯分離 3 生計中心者交代 4 死亡 5 その他()																		
	課税地	新保護者が今年の1月1日時点で江戸川区に居住していない場合はご記入ください																		
健康保険情報	被保険者	☐ 父 ☐ 母 ☐ 児童 ☐ その他()										☐ 保険情報コピー添付								
		保険情報のコピーがない場合は保険情報をご記入ください																		
	記号					番号					保険者番号					資格取得日	R . .			
	保険者名称									被保険者名										

☐ 再交付

理由	1 紛失 2 破損 3 汚損 4 その他()															
----	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ 消滅

【 事由発生日： 令和 年 月 日 】

事由	1 転出 2 出国 3 施設入所 4 生活保護開始 5 死亡 6 その他()															
----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

署名	上記のとおり、子ども医療費助成制度の申請事項の変更・医療証の再交付・資格消滅について届出します。 私及び世帯員の所得情報その他受給資格に関わる情報を公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）により確認することについて同意します。 なお公簿等で確認できない場合は、区が必要と認める関係書類の提出を速やかに行います。															
	江戸川区長 殿 令和 年 月 日															
	住所 江戸川区															
	氏名															
	電話 - -															

個人番号確認（新保護者）															
☐ 記入有 ☐ 記入無															
→ ☐ マイナカード ☐ 通知カード ☐ 住民票 → ☐ 同意有															
受付		入力		交付		証回収	有・無	確認							