

記入例

子ども医療費助成制度 申請事項変更(消滅)届

【保護者変更】

対象児童	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	受給者番号							
	子ども氏名	江戸川 一郎							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 7年 2月 10日】

ホームページ掲載版

保護者が変更となった日を
記入してください

氏名	子	旧() ⇒ 新()	旧()
		旧() ⇒ 新()	旧()
	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(江戸川 太郎) ⇒ 新(江戸川 花子)	
	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	
	今年 1月1日 の住所	東京都 葛飾区	市区町村 昨年の 1月1日 の住所 アメリカ 都道府県 市区町村
健康保険 情報	被保険者	☐ 父 ☐ 母 ☐ 児童 ☐ その他() 一添付	
	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		
	氏名	年齢	資格

海外の場合は国名を記入してください

●旧保護者が引っ越しして別住所になった場合

→1 別居

●同住所だが旧保護者が子どもと世帯を分けた場合

→2 世帯分離 ※新保護者はお子さんと同世帯の方になります

●新保護者が引っ越しをして同住所になり、旧保護者よりも所得が高い場合

→3 生計中心者交代

※同居同世帯の父母以外が保護者となる場合は申請の前に、児童家庭課医療費助成係（03-56662-8578）までお問合せください

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 7年 2月 12日	
	住所 江戸川区 中央1-4-1	記入日、医療証に記載されている保護者の 住所、氏名、電話番号を記入してください	
	氏名 江戸川 太郎		
	電話 080 - 1234 - 5678		

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