

記入例

子ども医療費助成制度 申請事項変更(消滅)届

【健康保険変更】

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

新しい健康保険の「資格取得日」
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()		
	事由	1 別居 2		
	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
	保険者名称		被保険者名	R . .

お子さんの健康保険情報がわかるもの の写しを貼付してください。
マイナンバーカードではなく、健康保険証・資格確認書・
マイナポータルの健康保険情報が確認できる画面をご提出ください。

お子さんが新しく加入した保険の被保険者をご選択ください

保険情報のコピーを添付しない場合は
新しい健康保険情報をご記入ください☐ 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 7年 2月 12日
	住所	江戸川区 中央1-4-1		
	氏名	江戸川 太郎		
	電話	080 - 1234 - 5678		

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

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	
----	--	----	--	----	--	-----	-----	----	--