

記入例

子ども医療費助成制度 申請事項変更(消滅)届

【再交付】

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 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
	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()
----	------	------	------	----------

該当する理由に○をつけてください

☐ 消滅 【事由 日】

事由	1 転出	2	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