

記入例

## 子ども医療費助成制度 申請事項変更(消滅)届

【消滅】

|      |       |        |   |   |   |   |   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |
|------|-------|--------|---|---|---|---|---|---|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 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  | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 児童 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 保険情報コピー添付 |             |
|                                                                                                                                                                 | 記号    |                                                                                                                                                      |             |
|                                                                                                                                                                 | 保険者名称 |                                                                                                                                                      |             |
| <div>消滅届と合わせて、不要となった江戸川区の子ども医療証を送付してください。</div> <div>江戸川区外に転出する場合、</div> <div>子ども医療証は<u>転出日（住民票の異動日）の前日まで利用できます</u>ので、</div> <div>利用期間内に返却しないように注意してください。</div> |       |                                                                                                                                                      |             |
| <input type="checkbox"/> 再交付                                                                                                                                    |       |                                                                                                                                                      |             |
| 理由                                                                                                                                                              | 1 紛失  |                                                                                                                                                      |             |

☒ 消滅 【事由発生日： 令和 7年 2月 10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( ) |
| 該当する理由に○をつけてください |                                                                                                                                                       |              |              |          |      |          |
| 署名               | 上記のとおり、子ども医療費助成制度の資格消滅について届出します。<br>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。<br>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）                      |                                |                              |                                |
| <input type="checkbox"/> 記入有      | <input type="checkbox"/> 記入無   |                              |                                |
| → <input type="checkbox"/> マイナカード | <input type="checkbox"/> 通知カード | <input type="checkbox"/> 住民票 | → <input type="checkbox"/> 同意有 |

|    |  |    |  |    |  |     |     |    |  |
|----|--|----|--|----|--|-----|-----|----|--|
| 受付 |  | 入力 |  | 交付 |  | 証回収 | 有・無 | 確認 |  |
|----|--|----|--|----|--|-----|-----|----|--|