

# 子ども医療費助成制度 申請事項変更・再交付・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	
	今年1月1日住所	都道府県	市区町村
	去年1月1日住所	都道府県	市区町村
	個人番号		
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( )
----	---

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	マイナカード	通知カード	住民票
記入無		同意有	

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