

子ども医療費助成制度 申請事項変更(消滅)届

[保護者変更]

記入例

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 10 月 1 日】

ホームページ掲載版

氏名	子	旧 () ⇒ 新 ()	旧 ()	保護者が変更となった日を記入してください			
	保護者	旧 () ⇒ 新 ()	旧 ()				
住所	旧住所	江戸川区					
	新住所	江戸川区					
保護者	旧 ()	江戸川 花子	⇒	新 ()	江戸川 太郎		
	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 (高校生相当年齢の受給者のみ)					
健康保険	被保険者	今年 1月1日 の住所	東京都 葛飾区	市区町村	去年の 1月1日 の住所	東京都 アメリカ	高校生相当の年齢の受給者がいる場合のみ記入してください
	保険種別	1 社会保険 2 共済組合 3 船員保険組合 4 江戸川区国保 5 国保組合					☐ 保険情報コピー添付

●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、児童手当を新保護者が受給している場合
→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などは申請の前に、児童家庭課医療費助成係（03-56662-8578）までお問合せください

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・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 10 月 1 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、申請者の住所、申請者氏名、電話番号を記入してください

個人番号確認 (新保護者)		受付	入力	交付	証回収	有・無	確認
☐ 記入有 → ☐ マイナカード ☐ 通知カード ☐ 住民票	☐ 記入無 → ☐ 同意有						