

子ども医療費助成制度 申請事項変更・再交付・消滅届

【住所変更】

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 8 月 21 日】

ホームページ掲載版

氏名	子	旧() 新()	旧()	住所が変更となった日を 記入してください
		旧() 新()	旧()	
住所	保護者	旧() 新()		
	旧住所	江戸川区 中葛西3-10-1		
保護者	新住所	江戸川区 中央1-4-1		
	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 の住所	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
	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()
----	------	------	--------	--------------	------	----------

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 8 月 21 日			
	住所	江戸川区 中央1-4-1	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		
	氏名	江戸川 太郎			
電話	080	-	1234	-	5678

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								