

子ども医療費助成制度 申請事項変更・再交付・消滅届

【健康保険】

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 ()	新しい健康保険の「資格取得日」を記入してください
		旧 () ⇒ 新 ()	旧 ()	
	保護者	旧 () ⇒ 新 ()		
住所	旧住	お子さんの健康保険情報がわかるもの の写しを貼付してください。 マイナンバーカードではなく、健康保険証・資格確認書・ マイナポータルの健康保険情報が確認できる画面をご提出ください。		
	新住			
保護者	事			
	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	資格取得日
	保険者名称		被保険者名	

お子さんが新しく加入した保険の被保険者をご選択ください

保険情報のコピーを添付しない場合は新しい健康保険情報をご記入ください

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			
	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	☐ 記入無	☐ マイナカード	☐ 通知カード						