

子ども医療費助成制度 申請事項変更(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 10 月 1 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	
	保護者	旧 () ⇒ 新 ()	旧 ()		
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・マイナポータル健康保険情報が確認できる画面をご提出ください。			
	新住				
課税地	新保護者が今年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)				
	今年1月1日の住所	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			
健康保険情報	被保険者	☒ 父	☐ 母	☐ 児童	☐ その他 ()
	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			
	保険情報のコピーの添付がない場合は下記の内容を記入してください。				
	記号	番号	保険者番号	資格取得日	R . .
保険者名称		被保険者氏名			

☐ 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・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						