

子ども医療費助成制度 申請事項変更・再交付・消滅届

[再交付]

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 年 月 日】

ホームページ掲載版

氏名	子	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	
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
	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()

該当する理由に○をつけてください

☐ 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 7 年 8 月 21 日

署名

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)

☐ 記入有 ☐ 記入無
→ ☐ マイナカード ☐ 通知カード ☐ 住民票 → ☐ 同意有

受付

入力

交付

証回収

有・無

確認