

子ども医療費助成制度 申請事項変更(消滅)届

【氏名変更】

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(葛西 一郎)	新(江戸川 一郎)	旧()	氏名が変更となった日を記入してください											
		旧()	新()	旧()												
	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(高校生相当年齢の受給者のみ)														
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										☐ 保険情報コピー添付				
	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										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 ☐ 記入無 ☐ マイナカード ☐ 通知カード ☐ 住民票 ☐ 同意有															