

子ども医療費助成制度 申請事項変更・再交付・消滅届

【消滅】

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	

消滅届と合わせて、不要となった江戸川区の子ども医療証を送付してください。

江戸川区外に転出する場合、

子ども医療証は転出日（住民票の異動日）の前日まで利用できますので、
利用期間内に返却しないように注意してください。

☐ 再交

理由

☒ 消滅 【事由発生日：令和 7 年 8 月 21 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 ()
----	------	------	--------	----------	------	-----------

該当する理由に○をつけてください

署名	上記のとおり、子ども医療費助成制度の廃止・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						