

こども医療費受給資格内容等変更届

同意について、確認してください。

提出される日を記入してください。

令和〇〇年〇月〇日

(宛先) 富士見市長

次のとおり変更が生じたので、私（受給資格者）は受給資格証を添えて届け出ます。なお、こども医療費の受給資格の変更にあたり、必要となる情報を公簿等により確認することに同意します。

受給資格者	氏 名	富士見 太郎	生年月日	平成〇〇年〇月〇日
	住 所	富士見市大字鶴馬 1800-1	こどもとの続 柄	父
対象となるこども	氏 名	富士見 あゆみ	生年月日	令和〇〇年〇月〇日
	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給資格者と同じ	受給者番号	1234567
対象となるこども	氏 名	富士見 勝馬	生年月日	令和〇〇年〇月〇日
	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給資格者と同じ	受給者番号	1234568
対象となるこども	氏 名	富士見 瑞穂	生年月日	令和〇〇年〇月〇日
	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給資格者と同じ	受給者番号	1234569

変更事項 ※変更部分のみ記入してください。

☐対象となるこども

氏 名

(ふりがな)

(ふりがな)

(ふりがな)

住 所

富士見市

☐受給資格者

氏 名

(ふりがな)

座も変更

住 所

電 話

()

☒加入医療保険

☐資格確認書 ☐資格情報のお知らせ ☐マイナポータル ☐後日提出 ※写しを添付(記入不要)

記 号 番 号

1234567

被保険者等の氏名

富士見 太郎
こどもとの続柄
(父)

保 険 者 番 号

123456

保 険 者 名

東京健康保険組合

資格取得日

令和〇〇年〇月〇日

☐受給資格者の振込口座

☐児童手当と同じ口座 ☐上の子と同じ口座 ☐別添写しのとおり(記入不要)

銀 行 支 店

信 金 協 会

出 張 所

1 普通 2 当座

口座番号

カナ名義

加入保険変更の場合は変更となるお子さん全員分の資格確認書等を持参してください。写しは添付の場合は点のみ

提出した書類にチェックを付けてください。