

## 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ましたので、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	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 受給資格者と住所が同じでしたらし点団を記入してください。	受給者番号	1234567
対象となる	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	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	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)	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し点団のみ			
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 提出した書類にチェックを付けてください。	座も変更	( )		
☑	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	123	4567	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				
受振込資格座者の	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	
□	□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			1 普通	2 当座	
	信金協出張所			口座番号		
	(店番)			カナ名義		