

子ども医療費受給資格変更・喪失届

令和 年 月 日

吹田市長 あて

申請者住所

(受給者)

氏名

電話

受給者番号

下記のとおり健康保険が変わりましたので届け出ます。

変更	転居	保険変更
喪失	吹田市外へ転出	

※ 健康保険の加入内容が分かるもの(資格確認書など)のコピーを添付してください。

事 項		変 更 後	
子 ど も	住 所		
	氏 名		
	生年月日	平成・令和 西暦 年 月 日	平成・令和 西暦 年 月 日
加 入 医 療 保 険	記 号 番 号		
	保 険 種 別	政・組・日・船・共 国・国(退)・国(組)	
	発行機関の名称	健康保険組合・共済組合 全国健康保険組合 支部	
	保 険 者 番 号		
	発行機関の所在地		
	被保険者等の住所	申請者(受給者)と同じ	
	被保険者等の氏名	申請者(受給者)と同じ	
備 考		被保険者の変更(有・無)	
		※職員記入欄 マイナポータル (資格取得日確認) ☐	
事由発生年月日		平成・令和 西暦 年 月 日	

記入例

子ども医療費受給資格変更・喪失届

吹 田 市 長 あ て

令和 年 月 日

申請年月日を記入してください。
ただし、郵送される場合は記入しないでください。(到着日が申請日になります。)

申請者 (受給者) 住所: 吹田市 泉町1-3-40

氏名: 吹田 太郎

電話: 06-6384-1470

受給者番号

国民健康保険加入者・・・対象の児童と同じ保険に加入されている父または
その他の健康保険加入者(社会保険)
・・・対象の児童の健康保険の被保険者

現在お使いの医療証の「受給者番号」欄の7桁の数字を記入してください。
分からない場合は空けておいてください。

下記のとおり健康保険が変わりましたのでお届けします。

変更	転居	保険変更
喪失	吹田市外()へ転出	

記入不要です

児童の健康保険の加入内容がわかるもの（以下のいずれか1点）のコピーを同封してください。

- ① 資格確認書
- ② 資格情報のお知らせ
- ③ マイナポータル上の資格情報画面(※)

※氏名、記号・番号、資格取得年月日、保険者名、保険者番号が表示されている部分。

事 項	変 更 後	
対 象 児	住 所	
	氏 名	吹田 一郎 吹田 桃子
	生年月日	平成・令和 18年 3月 5日 平成・令和 23年 1月 2日 西暦 西暦
加 入 医 療 保 険	記 号 番 号	吹国 9999999
	保 険 種 別	政・組・日・船・共 国・国(退)・国(組)
	発行機関の名称	全国健康保険組合 吹田市 健康保険組合・共済組合 支部
	保 険 者 番 号	270066
	発行機関の所在地	吹田市泉町1-3-40
	被保険者等の住所	申請者(受給者)と同じ
	被保険者等の氏名	申請者(受給者)と同じ
備 考		
事由発生年月日	平成・令和 25年 8月 31日 西暦	

対象の児童の氏名・生年月日を記入してください。
(複数いらっしゃる場合は、横に並べて記入してください。)

児童の資格確認書などを見て記入してください。
分かりにくい場合は、無理に記入せずに空けておいてください。

記入不要です

健康保険が変わった日(資格確認書などに書かれている
資格取得年月日)を記入してください。