

児手	
----	--

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(健康保険証など)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	全国健康保険組合	健康保険組合・共済組合 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)		<table border="1"> <tr> <td>※職員記入欄</td> </tr> <tr> <td>マイナポータル (資格取得日確認)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	※職員記入欄	マイナポータル (資格取得日確認)	<input type="checkbox"/>
※職員記入欄						
マイナポータル (資格取得日確認)						
<input type="checkbox"/>						
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。**

- 健康保険証
- 資格情報のお知らせ
- 資格確認書
- 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 西暦 18年 3月 5日	平成・令和 西暦 23年 1月 2日
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 西暦 25年 8月 31日		

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。