

児手	
----	--

子ども医療費受給資格変更届

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							
-------	--	--	--	--	--	--	--

下記のとおり転出しますので届け出ます。

変更	転居	保険変更
喪失	吹田市外へ転出	

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	全国健康保険協会	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			
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  
・・・対象の児童の氏名が記載されている健康保険証の被保険者

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。

下記のとおり転出しますのでお届けします。

変更	転居	保険変更
喪失	吹田市外へ転出	

記入不要です

事項		変更後	
子ども	住所	大阪市中央区大手前2-1-22	
	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		
	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 全国健康保険協会 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			
事由発生年月日	平成・令和 西暦 25年 8月 31日		

転出後の住所を記入してください。

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。)

記入不要です

転出予定日を記入してください。