

子ども医療費受給資格内容等変更届

(宛先) 上尾市長

(↓住所・氏名変更のみ証交付)

届出年月日		令和 年 月 日	受付者		証交付方法 (○)	入力者	確認者	発送日	
					当日 後日 窓口 郵送				
受給資格者	フリガナ						子どもとの続柄		生年月日
	氏名						父・母・他()		昭・平 年 月 日
	住所	(※住所変更届の場合は旧住所を記入) 上尾市					電話番号 自宅・携帯【父・母・()】		
子ども	受給者番号				氏名			生年月日	
					フリガナ	平・令 年 月 日			
					フリガナ	平・令 年 月 日			
					フリガナ	平・令 年 月 日			

<変更事項>

1. 住所変更

受給資格者証添付 (有 ・ 無)

※支所・郵送提出の場合、資格証を新住所へ郵送します (約1週間以内)。新住所あての郵便物を受け取れるように郵便局で住所変更の手続きをお願いいたします。

新住所	上尾市	電話	自宅・携帯【父・母・()】
-----	-----	----	----------------

2. 氏名変更

受給資格者証添付 (有 ・ 無)

子どもの氏名	1	2	3
--------	---	---	---

受給資格者の氏名	
----------	--

※4. 振込口座の変更欄も記入して下さい。

3. 加入医療保険の変更

※支所・郵送提出の場合、保険証 (お子様全員分) の写しを添付してください。受給資格者証は添付しないでください。

記号		番号		保険組合名称				
被保険者・世帯主等の氏名	子どもとの続柄 父・母・()			全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合 国民健康保険 国民健康保険組合				
資格取得日 ※全員を確認	平・令 年 月 日			電話 ()	支 部			
				保険者番号 (右寄せに記入)				

※以前の保険喪失日から新しい保険資格取得日まで、無保険期間はありますか。

ある	旧保険資格喪失日	平・令 年 月 日	無保険期間がある場合はその期間に、 子ども医療費の助成を受けられません。	ない
----	----------	-----------	---	----

4. 振込口座の変更 ※上記の受給資格者名義に限ります。(配偶者・お子様名義の口座は登録できません。)

※最近約2ヶ月以内に償還申請書を提出した (または2ヶ月以上前に入院など高額な申請をしたがまだ支給されていないものがある) 場合は、振り込み可能な口座 (新旧どちらかの口座) へ振込みます。どちらかの口座で支障がある場合は必ず担当までご相談ください。

金融機関名	銀行 信用金庫 農 協			支店名	本店	支 店 出張所
金融機関コード		店番号		口座番号		
名義人氏名(カタカナ)						