

【子どもの医療費助成制度受給資格変更届（保険変更） 記入例】

記入例

小学校就学前（6歳の年度末まで）の乳幼児・・・乳にチェック
小・中学生（15歳の年度末まで）の子ども・・・子にチェック
高校生等（18歳の年度末まで）の子ども・・・青にチェック

対象の子どもの医療証が複数ある場合は、該当の箇所すべてにチェックを入れてください。

☒乳 ☐子 ☐青

第8号様式（第10条関係）

（乳）（子）（青） 子どもの医療費助成制度受給資格変更（消滅）届

助成対象の子どもの名前、生年月日を記入してください。

対象の子どもの医療証が複数ある場合は、全員の氏名、生年月日を空いている箇所にご記入ください。

新しい保険証の内容を写してください。

対象の子どもが複数いて保険証が数枚ある場合は、いずれか一つの保険証の内容をご記入ください。

		氏名		昭島 一郎		負担者番号		* * * * *							
		生年月日		令和〇 年 〇 月 〇 日		受給者番号		* * * * *							
変更内容	事由	1 氏名変更 ④ 加入保険変更													
		2 医療証に書かれている番号を記入してください。（複数人の場合は空いている箇所に記入）													
		3													
		事由発生年月日		令和〇 年 〇 月 〇 日											
		氏名		申請者		新		旧		対象者		新しい保険証の取得年月日を記入			
新加入保険	住所	新		電話											
		旧		電話											
		保険種別		1 国保 ② 組合 3 協会 4 日雇 5 船員 6 共済											
		被保険者証号		記号		123		番号		12345678 (枝番)					
		被保険者名		フリガナ		アキシマ タロウ		申請者との続柄		③ 本人 本人外					
消滅内容	事由	1 他市町村へ転出		3 死亡											
		2 生活保護受給		4 その他 ()											
		資格消滅年月日		年 月 日											
転出先住所		電話													
（宛先）昭島市長															
上記のとおり、子どもの医療費助成制度の 申請事項が変更 受給資格が消滅 したので届出します。															
令和〇 年 〇 月 〇 日															
申請者（養育者） 住所 昭島市△〇町1丁目△-〇															
氏名 昭島 太郎															
備考															
電算 通知															

記入日

医療証記載の保護者の住所と氏名をご記入ください。

変更申請には、
対象の子ども全員の保険証オモテ面の写し
が必要です。

マイナンバーカードをお持ちの方は
電子申請でお手続きいただけます。

マイナポータルぴたりサービス

で検索して昭島市の申請画面からご申請いただけます。

