

子ども医療受給資格変更・喪失届書

受付

(あて先) 豊中市長

下記のとおり変更・喪失しましたのでお届けいたします。また、審査の際に必要なときは、保護者および子どもの生活保護受給状況、児童扶養手当及びひとり親家庭医療の資格情報、課税情報、児童手当における所得情報等、資格の認定等に必要の公簿(マイナンバーを利用した情報提供ネットワークシステム等を含む)の閲覧及び照会を行い申請書に補記すること、並びに子どもの加入健康保険に対して高額療養費・付加給付について確認することに同意します。

届出日: 年 月 日

太枠内ご記入をお願いします。

(届出・申込者)

住所					個人番号					
氏名					受給者との続柄			電話		

届出理由	☐ 市内転居 ☐ 保険変更※ ☐ 保護者変更 ☐ その他()						異動 年月日	年 月 日
	☐ 死亡 ☐ 市外転出 ☐ 生活保護開始 ☐ その他()							

		変更・喪失前								変更後									
受給者	(フリガナ)																		
	氏名																		
	生年月日	年 月 日																	
	個人番号																		
	法別	8	6	受給者番号													※医療証の2段目の番号を記入してください。		
	(フリガナ)																		
	氏名																		
	生年月日	年 月 日																	
	個人番号																		
	法別	8	6	受給者番号													※医療証の2段目の番号を記入してください。		
受給者	(フリガナ)																		
	氏名																		
	生年月日	年 月 日																	
	個人番号																		
	法別	8	6	受給者番号													※医療証の2段目の番号を記入してください。		
	(フリガナ)																		
	氏名																		
	生年月日	年 月 日																	
	個人番号																		
	法別	8	6	受給者番号													※医療証の2段目の番号を記入してください。		
受給者	居住地																		
	保護者氏名									続柄					続柄				

保険の種類	1協会・2組合・3共済・4船員 5後期・6国保・7国組・8日雇								退職特例	1協会・2組合・3共済・4船員 5後期・6国保・7国組・8日雇								退職特例
	有効期限 年 月 日 喪失								年 月 日 取得									

※保険変更の場合は変更後の健康保険証のコピーを添付してください。

- ☐ 証回収入力済
☐ 資格喪失入力済
☐ 保険変更入力済