

該当の医療費助成制度にチェックをつけてください。

☐ ひとり親家庭等医療費助成制度

☒ 子どもの医療費助成制度

健康保険の変更の場合

申請事項変更(消滅)届

負担者番号	8	8	1	3	7	3	1	0	フリガナ	チョウフ イチロウ
受給者番号	3	0	1	0	1	2	3		氏 名	調布 一郎
									生年月日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日
負担者番号	8	8	1	3	8	3	1	8	フリガナ	チョウフ ハナコ
受給者番号	3	0	1	2	5	4	7		氏 名	調布 花子
									生年月日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日
負担者番号									フリガナ	
受給者番号										

対象者毎に医療証の負担者番号・受給者番号・氏名・生年月日を記入してください。

変更の場合	☐ 氏名	フリガナ 旧氏名										
		フリガナ 新氏名	変更理由	1 入籍	新しく加入した健康保険組合の「名称」「保険者番号」を記入してください。加入保険の情報は、以下の方法で確認できます。							
		旧住所										
	世帯全員・世帯の一部		● マイナポータルにログインして確認 (マイナンバーカードが必要です。) ● 健康保険組合発行の「資格情報のお知らせ」・「資格確認書」									
	☒ 加入健康保険	保険者名称	〇〇〇〇 健康保険組合	保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8
	☐ その他の事項											
	変更年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日										
消滅の場合	消滅理由	新しい健康保険の「資格取得日」を記入してください。 2 死亡 (子ども・保護者) 3 生活保護受給 4 子どもを監護しなくなった 5 その他 ()										
	消滅年月日	年 月 日										
調布市長 宛												
上記のとおり、(申請事項が変更・受給資格が消滅)し ○ 年 ○ 月 ○ 日												
住 所 調布市 小島町1-1-1 マンション調布101												
電話番号 (自宅・父・母) 090 (1234) 5678												
氏 名 調布 太郎												
現住所・連絡のとれる電話番号・医療証に記載の保護者名を記入してください。												