

(保険証が変わった場合の変更届出書記載例)

函館市子ども医療費受給資格喪失・変更届出書

令和〇年〇月〇〇日

函館市長様

住所 函館市〇〇町〇丁目〇番〇号 (番地)

保護者について

記載してください。

届出者 氏名 市役所 太郎

電話 0138-12-3456

次のとおり子ども医療費の受給資格の喪失(変更)について届け出ます。

受給者	受給者証の受給番号	0001234														
	氏名	市役所 緑														
	生年月日	令和〇年〇月〇〇日		年 月 日	年 月 日											
	個人番号															
	保護者との続柄	子														
喪失	被保険者との続柄	子														
	喪失事由の発生年月日	年 月 日	事由	21 生保開始 31 期間満了 39 その他	22 転出 32 制度移行 23 死亡 36 所得制限											
	※喪失年月日	年 月 日	※受給者証回収年月日 令和 年 月 日													
変更事項	区分	変更後				変更前										
	医療保険	被保険者の氏名	市役所 太郎				市役所 太郎									
		被保険者の住所	(番地) 函館市〇〇町〇丁目〇番〇号				(番地) 函館市〇〇町〇丁目〇番〇号									
		種別	01 国保 02 国退本 03 国退扶 04 国保組合 05 協会健保 06 船員 07 日雇 08 健保 09 共済				国保 国退本 国退扶 国保組合 協会健保 船員 日雇 健保 共済									
		被保険者証の記号・番号	函		123456		12345678		1234							
		任意継続の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				年 月 日 ~ 年 月 日									
	保険者の名称	函館市国民健康保険				全国健康保険協会										
	保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6
	主たる生計維持者	氏名					受給者との続柄				受給者との続柄					
		個人番号														
住所																
扶養人数		人 (うち老人 人)				人 (うち老人 人)				人 (うち老人 人)						
所得額	円				円				円							
保護者	氏名															
	個人番号															
	受給者との続柄															
自己負担区分	1 1割 ・ 2 なし ・ 4 なし→1割				1割 ・ なし ・ なし→1割											
変更年月日	年 月 日				年 月 日											
※変更事由	40主たる生計維持者変更 41 保険変更 44 道市区分変更				52 有効期間変更 54 保護者変更 59 その他 66 自己負担変更											
※備考									※ 所得 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当							

注) ※印欄は、記入しないでください。

公簿確認	受付	入力	検証

受付印