様式第４号（第７条関係）

# 子ども医療費受給資格変更届

受付印

御船町長　様

年　　月　　日

申請者　住所
（保護者）
氏名
電話

下記のとおり、変更がありましたので、受給者証を添えて届け出ます。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 子ども | 氏　　名 | 生年月日 | 受給者番号 |
| | | 年　　月　　日 | |
| | | 年　　月　　日 | |
| | | 年　　月　　日 | |

**※変更があった項目を記入してください。**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 変更年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 住　所 | 電話 | | | | |
| 保護者 | | | 子どもとの続柄 | | |
| 健康保険 | 保険者名称 | | | | |
| | 保険者番号 | | | | |
| | 被保険者氏名 | | 子どもとの続柄 | | |
| | 記号番号 | 記号 | | 番号 | |
| | 資格取得年月日又は認定年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| その他 | | | | | |

**※健康保険が変わった場合は、新しい健康保険の資格確認書等の写しを添えてください。**

※以下は記入しないでください。

| 住民票 | 健康保険の資格確認書等 | 入力 | 旧受給者証回収 | 新受給者証発行 |
|---|---|---|---|---|

| 課長 | 係長 | 係員 |
|---|---|---|
| | | |

## 〇子ども医療費受給資格変更届について〇

住所や加入保険等が変更になった際の手続きです。

〇記入上の注意

・変更のあった項目のみご記入ください。

・受給者証に記載されている保護者の氏名で申請してください。

〇この申請に必要なもの（郵送でも申請できます。）

加入保険に変更のあった場合は、

・子どもの健康保険の資格確認書等または、郵送の場合は子どもの健康保険の資格確認書等の写し

※以下の場合、届出が必要です。

イ　再交付申請

・受給者証を破ったりなくしたとき

ロ　資格消滅届

・町外に転出したとき

・生活保護を受けるようになったとき

問い合わせ　〒861‐3296
御船町大字御船９９５－１
御船町こども未来課
電話　０９６－２８２－１３４６