

# 記入例

## 八戸市子ども医療費受給資格変更等届

令和 年 月 日

(あて先) 八戸市長

(保護者) 住所 八戸市内丸一丁目1番1号

フリガナ 氏名 ハチノハ 太郎  
八戸 太郎

電話 (010) 2345-6789

住所はお子さんの住所地を、保護者氏名は受給資格証  
保護者欄に記載されている方のお名前をご記入ください。

が生じたので 届け出ます。

給付要件に係る事実が消滅したため

[子ども]

受給者番号	フリガナ 氏名	生年月日
第 0123456号	ハチノハ サクラ 八戸 桜	H・R 31年4月5日
第 0234567号	ハチノハ ツバキ 八戸 椿	H・R 2年1月3日
第 号		H・R 年 月 日
第 号		H・R 年 月 日

### 1 氏名・住所変更

変更者	全員 ・ 親のみ ・ 子のみ	変更年月日	R 年 月 日
フリガナ			
氏名	(新)	新(左側)に変更後の保険情報を、旧(右側)に変更前の保険情報をご記入ください。※枝番の記載がない場合は枝番記入不要	
住所	(新)		

### 2 保険変更

	新		旧	
記号番号(枝番)	記号	番号 (枝番)	記号	番号 (枝番)
被保険者氏名	(続柄)		(続柄)	
認定年月日	H・R 年 月 日			
保険者名称				

### 3 消滅

消滅日 R 年 月 日

#### 【補足】

・届出には、お子さんの健康保険の被保険者・記号・番号・加入年月日等がわかるもの  
(資格確認書、マイナポータルの保険情報画面 等)の添付が必要です。

※ご記入いただく保険情報がすべて確認できるもの

・保護者が同一のお子さん(兄弟児)の変更届出は、1枚の届出書に複数のお子さんの  
情報をご記入いただくことで、まとめてのお手続きが可能です。

\*\*\*書類不備等で申請書を返却する場合があります。予めご了承ください。\*\*\*