

届出人は、原則受給者または
こどもと同世帯の保護者です。

ども医療費受給資格 **変更** 届
喪失

令和 〇年 〇月 〇日

鹿 児 島 市 長 殿

届出人 住 所 鹿児島市 山下町11番1号 さくらじまマンション101号

氏 名 鹿児島 太郎

電話番号 090-1234-5678

下記のとおり、資格を **変更**・喪失 しましたのでお届けします。

※私は、資格認定又は助成額の決定に関して、私の世帯の地方税関係情報について、取得し、又は確認されることに同意します。

※こども医療費助成金の支給を受けるために必要な下記のこどもの受診に関する情報を、保険医療機関等が審査支払機関を通じて市に送付することに同意します。

太
枠
の
中
を
記
入
し
て
く
だ
さ
い。

こどもの氏名	鹿児島 桜子	生年月日	平成・令和〇年〇月〇日	受給者番号	123456789
--------	--------	------	-------------	-------	-----------

		新	旧	
資 格 変 更	受給者	鹿児島 花子	変更する事項の欄をご記入ください。 【手続きに必要な書類】 <ul style="list-style-type: none">健康保険証の変更 対象のこどもの健康保険証の写し振込先口座の変更 変更を希望する振込先口座の写し	
	加入医療保険	保険者名 _____ (国保組合・健保組合・共済組合) 全国健康保険協会 鹿児島 _____ 支部 記号 123 番号 45 被保険者氏名 鹿児島 太郎 資格取得年月日 平成・令和 〇年 〇月 〇日		
	振込先口座	金融機関名 ゆうちょ (銀行・信金・信組・労金・農協) 支店名 一二三 (本店 支店 ・その他) 種別 普通 口座番号 1234567 名義人カナ氏名 カゴシマ ハナコ 変更日 令和 〇年 〇月 〇日		
	課税状況	() 年度 () 月診療分から (課税・みなし課税・未申告・非課税) 変更日 年 月 日		
由 の 他	連絡先 (自宅・携帯) 変更日 年 月 日			

資格喪失事由	転出(県内・県外)	転出予定日	年	月	日	処	理	欄	
死亡									
母子・父子家庭等医療費受給資格取得		重度心身障害者等医療費受給資格取得							
生活保護開始		施設入所							
		その他							
		事由発生日	年	月	日	喪失日	年	月	日

受 付 日 年 月 日

受給者証受領確認

注

- この届書には、必ず受給者証を添えること。
- 加入医療保険を変更した場合は、被保険者証を提示すること。

--