

子ども医療費受給者変更届

令和 年 月 日

(宛先) 岡 崎 市 長

届 出 者 氏 名		子どもとの関係	父・母・その他 ()
連絡先電話番号	自宅・携帯 () —		

次のとおり子ども医療費受給者について変更がありましたので届出いたします。
また、届出内容の事実の確認のために必要な健康保険の加入状況等の公簿の閲覧に関し同意します。

受 給 者 氏 名 ※変更の場合は変更前	□届出者と同じ		
	連絡先 () —		
	個人番号	:	:
受 給 者 番 号			
子 ど も の 氏 名 ※変更の場合は変更前			
子どもの生年月日	平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日	平成 令和 年 月 日

変更後	変更区分		変更の内容		
	□ 住 所		岡崎市		
	□ 子どもの氏名				
	□ 加入医療保険		□ 社保⇒社保 □ 社保⇒国保 □ 国保⇒社保 □ 国保⇒国保		
			保険の内容	□別添のとおり □情報照会 (被保険者氏名)	
	その他	□ 受 給 者	□届出者と同じ		
			連絡先 () —		
			個人番号	:	:
		□ 受給者の氏名			
		□ 有効期間 短縮		令和 年 月 日まで □ 母子 □ 身体 □ 療育 該当	
□ 有効期間 延長		令和 年 月 日まで □ 母子 □ 身体 □ 療育 非該当 □ 在留期間延長			
□ そ の 他					

※加入医療保険の変更の場合は、新しい保険の情報が確認できるものを提示してください。

受 付	受給者証	確 認
☐ 受給者証回収 ☐ 返信用封筒 ☐ 次回番号持参依頼		

番号確認	個人番号カード・個人番号通知カード・住民票・ その他 ()
身元確認	個人番号カード・運転免許証・住民基本台帳カード・ パスポート・在留カード・障がい者手帳 (顔写真付き) ・ その他 ()
	A) 健康保険証・介護保険証・年金手帳・医療受給者証・ 児童扶養手当証書・その他 () B) 学生証・キャッシュカード・診察券・ その他 ()

※顔写真有のものは1点、顔写真無のものは2点 (A+A又はA+B) を確認

【送付先】

☐ 前住所 ☐ その他住所 ()