

こども医療費受給者資格登録事項 変更届

(宛先) 狭 山 市 長

こども医療費支給資格の変更受付に伴う、住民基本台帳、国民健康保険登録内容等の調査を市担当課が行なうことに同意します。

世帯	
令和	年 月 日

受付印

対象児童	氏名	生年月日	受給者番号					宛名コード				
	1		平 令	.	.							
	2		平 令	.	.							
	3		平 令	.	.							
受給者 (保護者)	フリガナ						男 ・ 女	宛名コード				
	氏名											
	生年月日	昭 平	.	.	対象児との続柄	父 ・ 母 ()						
	住所	狭山市					TEL ()					
変更内容	1 住所		2 受給者氏名		3 対象児氏名		4 加入保険		5 口座			
変更年月日	平成		年		月		日					

※変更内容で1住所、2受給者氏名、3対象児氏名のいずれかに該当する方は同意欄の記入もお願いします。

加入医療保険 (変更後)	・市が受給者に支給した「こども医療費」について、法令その他の規程により高額療養費等が給付される場合は、当該高額療養費等の給付の申請及び受領に関することを狭山市長に委任します。なお、これにより受領した高額療養費等は、市が受給者に支給した「こども医療費」に充当願います。 <input type="checkbox"/> 裏面に対象児の加入医療保険証のコピー添付(記入不要)										
	世帯主被保険者組合員	氏名	保護者と同一の場合は省略可								
		住所	保護者と同一の場合は省略可								
	記号 / 番号	/					保険者番号				
	保険者名称	全国健康保険協会 支部					国民健康保険・国民健康保険組合 健康保険組合・共済組合				

振込金融機関 (受給者名義)	<input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり(記入不要) <input type="checkbox"/> _____ と同じ口座(記入不要)										
	銀行・農協 信金・金庫					本店・支店 出張所					
	銀行コード					店番号					
	普通	口座番号					名義 カタカナで記入				

こども医療費受給者証 同意欄 はい・いいえ いずれかに必ず「○」を記入して下さい

1 ジェネリック医薬品の処方が可能であれば希望します。 はい ・ いいえ ※「はい」の場合、受給者証に印字されます

2 送付先は現住所(住民票どおり)を希望します。 はい ・ いいえ ※「いいえ」の場合、「備考」に送付先記入

※変更内容1~3のいずれかがある方のみ記入して下さい。

受付確認	児童手当		済 無	児童扶養手当		済 無	ひとり親医療		済 無	
受付	回収	/	入力	受給者証 発行		/		交付 ・ 送付		
不備	1~3 受給者証 4 保険証写し 5 口座		備考							