

子ども医療費助成受給資格登録事項変更届

年 月 日

印西市長 様

住 所 〒

届出者 氏 名 (保護者) 氏 名 子どもの続柄 ( )

次のとおり、受給資格の登録事項の内容に変更がありましたので、届け出ます。

1 対象となる子ども

受給者番号			
ふりがな			
氏 名			
生年月日			
個人番号			

2 変更事由 該当するものに○をつけてください。

変更事由の発生日	年 月 日			
住 所	旧			
	新			
氏 名	旧			
	新			
加入医療保険	1 社保 2 国保 3 その他			
保 護 者	新たに保護者になる方	氏 名	生年月日	
		個人番号		
	保護者でなくなる方	年1月1日現在の住所	1 印西市内 2 印西市外 ( 都道府県 市区町村 ・ 国外)	
		氏 名		
配偶者又は同居の親族	新たに配偶者等になる方	氏 名	生年月日	
		個人番号		
	配偶者等でなくなる方	年1月1日現在の住所	1 印西市内 2 印西市外 ( 都道府県 市区町村 ・ 国外)	
		氏 名		
市町村民税所得割の課税状況	1 課税世帯から非課税世帯 2 非課税世帯から課税世帯			

承 諾 書

私は、子ども医療費の助成を受けることができる期間において、下記の各項目について、承諾します。

氏 名 ㊟※

- 資格審査の目的で、私の所得状況、市民税課税状況、住民基本台帳及び国民健康保険の加入状況に関する情報を取得すること。
- 私が高額療養費を保険者から受領した場合に、印西市が過払いとなっているときは、過払い相当額を印西市へ支払うこと。
- 印西市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市と保険者で負担相当額について相殺すること。
- 私が付加給付金を保険者から受領した場合に、印西市が過払いとなっているときは、過払い相当額を印西市へ支払うこと。

(注) 1 変更があった事項のみ記入してください。

2 加入医療保険に変更があった場合は、子どもの健康保険証の写しを添付してください。

※ 氏名を自署することにより、押印を省略することができます。