

第6号様式（第11条）

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 (保護者) 氏 名 子どものと ⑩※ 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 国保 2 社保 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	氏 名		
		生年月日		
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	氏 名		
		生年月日		

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 ⑩※

- 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を確認すること。
- 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。