

記入例

子ども医療費助成受給資格登録事項変更届

平成28年 1月 4日

印西市長 様

住 所 〒270-1396

届出者 印西市大森2364-2 子どもと〔父〕

(保護者)氏 名 印西 太郎 ㊟※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	1234567	2345678	
ふりがな	インザイ イチロウ	インザイ シロウ	
氏 名	印西 一郎	印西 二郎	
生年月日	平成22年3月3日	平成23年4月4日	
個人番号	3333 3333 3333	4444 4444 4444	

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	印西市笠神2587	
		新	印西市大森2364-2	
	氏 名	旧		
		新		
○	加入医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 1 国保 <input type="checkbox"/> 2 社保 <input type="checkbox"/> 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 ㊟※

- 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。