

記入例

受付印

ひとり親家庭医療 資格事項(保険変更)届

〒

保険変更以外の変更は郵送受付できません。

子育て支援課でお手続きが必要です。

届出日： 令和・西暦 年 月 日

届出者 住所： 岸和田市 町
(父母又は養育者)
氏名：
電話： — —

次のとおり届け出ます。

ひとり親 家庭医療	ひとり親世帯番号					
	変 更 前					変 更 後
対 象 者 (父母又は 養育者と児童)	ふりがな 氏 名	生年月日	続柄	変更のある項目のみ記入してください		
	きしわだ はなこ 岸和田 花子	㊦・H・R・西暦 60年 1月 1日	本 人			
	きしわだ いちろう 岸和田 一郎	S・㊦・R・西暦 25年 2月 1日	子			
	きしわだ じろう 岸和田 二郎	S・㊦・R・西暦 26年 3月 1日	子			
	きしわだ さぶろう 岸和田 三郎	S・㊦・R・西暦 27年 4月 1日	子			
		S・H・R・西暦				
医療保険 加入状況	○ 健康保険資格が確認できるもの 例：「健康保険証」「資格情報のお知らせ」「資格確認書」マイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」等になります。 (「適用開始年月日又は資格取得年月日」「記号・番号」「保険者番号」「被保険者」全ての記載があるものに限る)					
届出事由	☐ 保険変更 (本人 資格取得日 R・西暦 年 月 日) (児童 資格取得日 R・西暦 年 月 日)			システム入力	☐ ☐	

(確認事項) ☐ 届出者本人確認書類【免・マイ・パス・手帳・在留・()】
☐ 受給者の健康保険証(保険変更の場合のみ)

受 付

確 認

〒 /