記入例

ひとり親家庭医療 資格事項(保険変更)届

受付印

Ŧ

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 月 H

届田者住所: 岸和田市

町

(父母又は養育者) 氏名:

雷話:

次のとおり届け出ます。

A. 3. 30 449	ひとり親世帯番号				
ひとり親	変	更前	変更後		
家庭医療	ぶりがな 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	
対象者	きしわだ はなこ	◎·H·R·西暦	本人		
(分母又は	岸和田 花子	60年 1月 1日	本人		
養育者と児童)	きしわだ いちろう	S・田・R・西暦	子		
/	岸和田 一郎	25年 2月 1日	-3		
/	きしわだ じろう	S·⑪·R·西暦	子		
/	岸和田 二郎	26年 3月 1日	T		
	きしわだ さぶろう	S·⑪·R·西曆	7		
	岸和田 三郎	27年 4月 1日	子		
		S·H·R·西暦			

に必要事項を記入の上、「対象者(ひとり親家庭医療対象の父・ 母・養育者のいずれかと児童)全員の健康保険資格が確認できるもの(以下 参照)の写し」と「届出者(ひとり親家庭医療対象の父・母・養育者のいず れか)の本人確認書類(写し)」を一緒にお送りください。

お持ちの医療証はそのままお使い頂けます(差替はおこないません)。

〈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。

医療保障 加入状制

(「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)

	□ 保険変更						
届出事由	(本人 資格取得日	R•西暦	年	月	日)	システム入力	
	(児童 資格取得日	R·西曆	年	月	日)		

□ 届出者本人確認書類【免・マイ・パス・手帳・在留・((確認事項)

□ 受給者の健康保険証(保険変更の場合のみ)

受 付	確 認
	〒 /

)]