

記入例

受付印

子ども医療 資格事項(変更)届  
保険変更に限る

〒・電

**保険変更以外の変更は郵送受付  
できません。**

子育て支援課またはサービスセ  
ンター（支所含む）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

氏名： 子との続柄（父・母・（ ））

電話： — —

次のとおり届け出ます。

| 子ども<br>医療      | 変 更 前               |                       | 変 更 後<br>変更のある項目のみ記入してください |
|----------------|---------------------|-----------------------|----------------------------|
|                | ふりがな                | 生年月日                  |                            |
|                | 氏名<br>受 給 者 番 号     |                       |                            |
| 対 象 者<br>(子ども) | きしわだ いちろう<br>岸和田 一郎 | Ⓜ・R・西暦<br>25年 1 月 1 日 |                            |
|                | きしわだ じろう<br>" 二郎    | Ⓜ・R・西暦<br>26年 2 月 1 日 |                            |
|                | きしわだ さぶろう<br>" 三郎   | Ⓜ・R・西暦<br>27年 3 月 1 日 |                            |
|                | きしわだ しろう<br>" 四郎    | Ⓜ・R・西暦<br>28年 4 月 1 日 |                            |
|                |                     |                       |                            |
|                |                     |                       |                            |
|                |                     |                       |                            |
|                |                     |                       |                            |

住

に必要事項を記入の上、下記のものと一緒にお願いします。医療  
証郵送は、受付の約1週間後となります。

医療  
加入

- ① 申請者の本人確認書類（写し）
- ② 児童の健康保険資格が確認できるもの（写し）

※「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」の全て記  
載があるものに限る

届出

（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「資格確認画面」等  
**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）**

確 認