

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。

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

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。

- 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

（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

- ☐
- ☐

確 認