

受付印

子ども医療 資格事項(変更)届  
保険変更に限る

〒・電

届出日：令和・西暦 年 月 日

岸和田市長 様

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		生年月日	変更後	
	ふりがな 氏名	受給者番号		変更のある項目のみ記入してください	
対象者 (子ども)			H・R・西暦 年 月 日		
			H・R・西暦 年 月 日		
			H・R・西暦 年 月 日		
			H・R・西暦 年 月 日		
住所					
医療保険 加入状況	被保険者 組合員 世帯主	(氏名)  (記号)	(氏名)  (番号)		
	保険区分	本人・家族・一般・退職	本人・家族・一般・退職		
	資格取得日 認定年月日 適用開始年月日	H・R・西暦 年 月 日	H・R・西暦 年 月 日		
	保険者	(名称) (番号)	(名称) (番号)		
届出事由	<input checked="" type="checkbox"/> 保険変更 (資格取得日 R・西暦 年 月 日)		システム入力	<input type="checkbox"/>	

(確認事項)

- 届出者本人確認書類【免・マイ・パス・手帳・在留・ ( )】
- 子ども医療証  子の健康保険資格が確認できるもの(保険変更の場合のみ)

受付	回収 入力	確認