

# 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 変更のある項目のみ記入してください
	ふりがな 氏名 受給者番号	生年月日	
対象者 (子ども)	きしわだ いちろう 岸和田 一郎	Ⓜ・R・西暦 25年 1 月 1 日	
	きしわだ じろう " 二郎	Ⓜ・R・西暦 26年 2 月 1 日	
	きしわだ さぶろう " 三郎	Ⓜ・R・西暦 27年 3 月 1 日	
	きしわだ しろう " 四郎	Ⓜ・R・西暦 28年 4 月 1 日	

○ 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）「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

届  
 出

確認