

記入例

受付印

ひとり親家庭医療 資格事項(保険変更)届

〒

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 年 月 日

届出者 住所： 岸和田市 町
 (父母又は養育者)
 氏名：
 電話： — —

次のとおり届け出ます。

ひとり親 家庭医療	ひとり親世帯番号			変更前		変更後	
	ふりがな 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 (父母又は 養育者と児童)	きしわだ はなこ 岸和田 花子	◎・H・R・西暦 60年 1月 1日	本人				
	きしわだ いちろう 岸和田 一郎	S・◎・R・西暦 25年 2月 1日	子				
	きしわだ じろう 岸和田 二郎	S・◎・R・西暦 26年 3月 1日	子				
	きしわだ さぶろう 岸和田 三郎	S・◎・R・西暦 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：「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。
 (「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)

届出事由	<input type="checkbox"/> 保険変更 (本人 資格取得日 R・西暦 年 月 日)	システム入力	<input type="checkbox"/>
	(児童 資格取得日 R・西暦 年 月 日)		<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・()】
 受給者の健康保険資格がわかるもの(保険変更の場合のみ)

受付	確認
	〒 /