

記入例

子ども 福祉医療費受給資格 変更届

<支給対象者> (お子さん)

	氏 名	受給者番号	生年月日	個人番号
1	カナ イサハヤ イチロウ 諫早 一郎	1234567	平成 △年 △月 △日	
2	カナ イサハヤ ジロウ 諫早 二郎			
3	カナ			

変更する対象者の氏名・受給者番号・生年月日・住所を記入してください

住所	諫早市東小路町7番1号 (建物名等)
----	-----------------------

<変更する事項> (変更があった項目の□にレをつけ、変更内容を記入してください。)

☐ 住所	(変更前)	変更する事項を記入してください (変更のない事項は記入不要です)
	(変更後)	
☐ 氏名	(変更前)	
	(変更後)	
☐ 保険者	※受給者(お子さん)の健康保険証を提出してください	
☐ 受給者	申請者(保護者)の氏名・生年月日・住所・電話番号・続柄・申請日を記入してください	
☐ 振込口座	※申請者氏名は自署してください	

<届出者> (保護者)

届出者 諫早市長 様		(届出日) 令和 ○年 ○月 ○日	
上記のとおり、申請内容に変更がありましたので届出します。			
フリガナ	イサハヤ タロウ	生年月日	平成 △年 △月 △日
氏名	署名	個人番号	
		電話番号	0957 - 22 - 1500
☒ 受給者と同じ (記入不要)		受給者から見て	

申請に必要なもの

・保険の資格が確認できるもの(以下①～④のいずれか)(保険変更の場合)

- ①従来の健康保険証(令和6年12月2日以降は新規発行されません)
- ②健康保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」または「資格情報通知書」
- ③健康保険の保険者から交付された「資格確認書」
- ④マイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」

・申請者(保護者)名義の口座が分かるもの(通帳・キャッシュカード)(口座変更の場合)

※郵送で申請の場合は、写しを添付してください