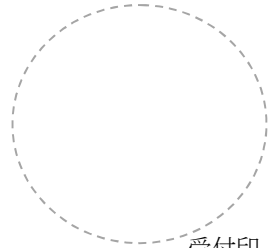


こども医療費受給資格内容等変更（消滅）届



受付印

越谷市長宛		令和 年 月 日	
届出者 住所		氏名	
氏名		電話	
次のとおり（申請事項変更・受給資格消滅）が生じたので、届け出ます。			
なお、当該申請要件の審査にあたり必要がある場合は、越谷市が住民基本台帳及び加入医療保険等の公簿により確認することに同意します。			
受給資格者氏名	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ （個人番号： — — ）		
住所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ 越谷市		
対象となる	受給者番号		
	氏名 （個人番号）	（ — — ）	（ — — ）
	生年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
変更の場合	変更理由 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 加入医療保険変更 <input type="checkbox"/> 振込先金融機関 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	（加入医療保険変更・振込先金融機関の変更の場合） <input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別紙写しのおとり <input type="checkbox"/> 公的給付支給等口座を希望 ※振込先金融機関の変更の場合のみ		
	加入医療保険		振込先金融機関
	記号	番号	銀行名
	保険者番号		支店名
	保険者名称	1 国民健康保険 2 国民健康保険組合 3 全国健康保険協会 4 共済組合 5 船員保険 6 健康保険組合 7 日本私立学校振興・共済事業団 （ある場合記入） 本部・（ ）支部	口座番号
変更年月日	令和 年 月 日	口座名義人 （カタカナ）	
消滅の場合	消滅理由 <input type="checkbox"/> こどもの転出 <input type="checkbox"/> こどもの死亡 <input type="checkbox"/> 受給資格者変更（1 受給者の（転出・死亡） 2 健康保険の扶養者変更 3 離婚） <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 小規模住居型児童養育事業・里親 <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	消滅事由 発生日	令和 年 月 日	

職員記入欄	入力確認			
		受給資格証返却	封筒手渡し	(子ども福祉課) 交付日
	氏名変更・住所変更 (子ども福祉課のみ)	有 ・ 無	有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 手渡し
消滅 (子福課・市民課・出張所)	有 ・ 無	有 ・ 無		

第5号様式（第9条関係）

子ども医療費受給資格内容等変更（消滅）届

記入日

受付印

越谷市長宛		令和6年12月2日	
届出者住所 越谷市越ヶ谷4-2-1		氏名 越谷 花子	
電話 048 - 963 - 9166		記入者	
<p>次のとおり（申請事項変更・受給資格消滅）が生じたので、届け出ます。</p> <p>なお、当該申請要件の審査にあたり必要がある場合は、越谷市が住民基本台帳及び加入医療保険等の公簿により確認することに同意します。</p>			
受給資格者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 届出者と同じ 受給資格証の「受給資格者」の方。上記「届出者」と同じ方なら、「届出者と同じ」にチェックし氏名・住所の記入は省略できます。		
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 届出者と同じ 越谷市		
対象となるもの	受給者番号	× × × × × × × △ △ △ △ △ △ △	
	氏名 (個人番号)	越谷 一郎 (- -)	越谷 二郎 (- -)
	生年月日	平成令和 25年 1月 1日	平成令和 27年 2月 2日
変更の場合	変更理由 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input checked="" type="checkbox"/> 加入医療保険変更 <input checked="" type="checkbox"/> 振込先金融機関 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	(加入医療保険変更・振込先金融機関の変更の場合) <input type="checkbox"/> 次のとおり <input checked="" type="checkbox"/> 別紙写しのとおり <input type="checkbox"/> 公的給付支給等口座を希望 ※振込先金融機関の変更の場合のみ		
	記号	1 1 1	番号 1 1 1 1 1
	保険者番号	1 1 1 1 1 1 1 1	行名 埼玉りそな 銀行・農協信用金庫
	保険者名称	1 国民健康保険 2 国民健康保険組合 3 全国健康保険協会 4 共済組合 5 船員保険 6 健康保険組合 7 日本私立学校振興・共済事業団 (ある場合記入) 本部・(埼玉) 支部	店名 越谷 本店・支店出張所
	変更年月日	令和6年12月1日	
消滅の場合	消滅理由 <input type="checkbox"/> こどもの転出 <input type="checkbox"/> こどもの死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 受給資格者変更 ① 受給者の ② 転出・ ③ 離婚を前提とした <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 小規模住居型児童養育事業 <input type="checkbox"/> その他		
	消滅事由	令和6年12月1日	
職員記入欄	受給資格証返却	有 ・ 無	
	氏名変更・住所変更 (子ども福祉課のみ)	有 ・ 無	
	消滅 (子福課・市民課・出張所)	有 ・ 無	

どちらかにマル

記入者

受給資格証の「受給資格者」の方。上記「届出者」と同じ方なら、「届出者と同じ」にチェックし氏名・住所の記入は省略できます。

対象のお子様

該当するものにチェック

「次のとおり」にチェックをしたとき
 加入医療保険の変更→加入医療保険情報を記入
 振込先金融機関の変更→振込先金融機関を記入
 (受給資格者名義)
 「別紙写しのとおり」にチェックをしたときは、
 お子様の健康保険証・資格確認証や受給資格者
 名義の口座のわかるもののコピーを添付
 「公的給付支給等口座を希望」はチェックのみ
 【マイナンバーのみ持参など保険情報・口座情報が
 分からない場合は未記入】

消滅の理由と発生日を記入