

こ

熊谷市子ども医療費受給資格内容変更(消滅)届・受給資格証再交付申請書 受付印

熊谷市長 宛 次のとおり届出・申請します。

申請者 (届出者)	住 所	熊谷市																					
	フリガナ											生年月日	年 月 日										
	氏名											こどもの 続柄											
	個人番号																電話番号						
☐ 申請者(届出者)と同じ (記入省略可) ☐ 申請者(届出者)と異なる (記入必要)		住 所	熊谷市																				
		フリガナ																					
		氏名																					
		個人番号																生年月日	年 月 日				
		こどもの続柄							電話番号														
こ ど も		個人番号										受給者番号				フリガナ 氏 名				生年月日			
	1																			年 月 日			
	2																			年 月 日			
	3																			年 月 日			
	4																			年 月 日			

変更事由(該当箇所にチェックを入れ記入)

児童扶養手当、ひとり親家庭等医療費支給を受けている方は、別途手続きが必要ですので 課までお越しください。
未手続の場合は、手当の支払が差止めとなったり、支給を受けられなかったりすることがあります。

☐ 住	所	旧 住 所	熊谷市																		
☐ 加入医療保険	被 保 険 者 氏 名 (国保は世帯主の氏名)																				
	名 称		健康保険組合・国民健康保険・共済組合 全国健康保険協会・国保組合																		
	保険者番号											資格取得 年 月 日	年 月 日								
	記号・番号	(枝 番)																			
☐ 償 還 払 振 込 口 座	ゆうちょ銀行以外の金融機関										ゆうちょ銀行										
	金 融 機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協										※決められた桁数で記入していない場 合、振込みできないことがあります。									
	支 店 名					店 番 (3桁で記入)			記 号 (5桁で記入)	1											
	口座番号 (7桁で記入)							番 号 (8桁で記入)								1					
	口座名義 (カタカナ)	※受給資格者名義以外指定不可										口座名義 (カタカナ)	※受給資格者名義以外指定不可								
☐ 氏 名	受給資格者 ・ 児童																				

☐ 再 交 付	事 由	破損 ・ 亡失 ・ その他()																	
--------------------------------	-----	------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ 消 滅	対 象 児 童																		
	消 滅 理 由																		

こ

熊谷市こども医療費受給資格内容変更(消滅)届・受給資格証再交付申請書 受付印

熊谷市長 宛 次のとおり届出・申請します。

申請者 (届出者)	住 所	熊谷市 宮町2丁目47番地1																																																
	フリガナ	クマガヤ ナミ														生年月日	昭和〇年 〇 月 〇 日																																	
	氏名	熊谷 直実														こどもの 続柄	父																																	
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0	1	電話番号																																				
☒ 申請者(届出者)と同じ (記入省略可) ☐ 申請者(届出者)と異なる (記入必要)		住 所	熊谷市																																															
		フリガナ																																																
		氏名																																																
		個人番号																										生年月日				年			月				日											
		こどもの続柄															電話番号																																	
こ ど も		個人番号														受給者番号							フリガナ 氏 名							生年月日																				
	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	1	1	2	3	4	5	6	7	クマガヤ サクラ 熊谷 さくら							令和〇年 〇月 〇日																						
	2																																						年			月				日				
	3																																										年			月				日
	4																																										年			月				日
変更事由(該当箇所にチェックを入れ記入) 児童扶養手当、ひとり親家庭等医療費支給を受けている方は、別途手続きが必要です。 課までお越しください。 未手続の場合は、手当の支払が差止めとなったり、支給を受けられなかったりすることがあります。																																																		
☐ 住 所		旧 住 所		熊谷市																																														
☒ 加入医療保険		被 保 険 者 氏 名 (国保は世帯主の氏名)		熊谷 直実																																														
		名 称		熊谷市														健康保険組合・国民健康保険・共済組合 全国健康保険協会・国保組合																																
		保険者番号		1 1 0 0 2 3														資格取得 年 月 日		令和6年 4 月 1 日																														
		記号・番号		1 2 3 4 5 6 7 8														(枝 番)		0 1																														
☐ 償 還 振 込		ゆうちょ銀行以外の金融機関														ゆうちょ銀行																																		
●郵送提出の場合は、新しい保険資格情報の写しを一緒にご提出ください。 ●こども課内部データの変更をするため お手持ちの「こども医療費受給資格証」はそのままお使いいただけます。 ※変更のお届けをいただいていない場合、一部医療費が払い戻しの対象外となる可能性があります。																																																		
☐ 消 滅		対 象 児 童																																																
		消 滅 理 由																																																