

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 宮町2丁目47番地1																							
	フリガナ	クマガヤ ナオザネ										生年月日	昭和〇年 〇 月 〇 日												
	氏名	熊谷 直実										こどもとの 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								
		こどもとの続柄						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)																				
	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 座 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	〇〇 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	〇〇 店 番 1 2 3 (3桁で記入)										記 号 (5桁で記入)	1								
	口座番号 (7桁で記入)	1	2	3	4	5	6	7	番 号 (8桁で記入)								1				
	口座名義 (カタカナ)	クマガヤ ナオザネ ※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																				

- 受給資格者と口座の名義人は必ず一致させてください。
- 指定口座の確認書類(通帳もしくはキャッシュカード)のコピーと受給資格者の本人確認書類のコピーを一緒に提出してください。