

第8号様式(第12条関係)

こども医療費助成資格変更・喪失届出書

年 月 日

(宛先)
秦野市長住 所 秦野市桜町1-3-2
氏 名 秦野 太郎
電 話 0463-82-9607

次のとおり、こども医療費助成資格取得申請書の申請事項に変更がありました(受給資格が喪失しました)ので届け出ます。

医療証番号	受給者番号	0	1	2	3	4	5	6	
変更の場合	変更理由	1申請者 2氏名 (3)住所 4加入保険 5その他							
	申請者	新							
		旧							
	対象児	新							
		旧							
	住 所	新							
		旧 秦野市〇〇-△							
	加入保険	種 類	1国保 2組合 3協会 4日雇 5船員 6共済						
		被保険者名	(対象児との続柄)						
		記号番号枝番	—						
保険者番号									
名 称									
その他	所 在 地								
	その他の事項								
消滅の場合	変更年月日	令和6年 10月 1日							
	消滅理由	1 他の市町村に転出 5 重度障害者医療助成対象 2 死亡 6 その他の医療助成対象 3 生活保護受給 7 その他 4 ひとり親家庭等医療助成対象							
転出の場合	転出先								
	異動年月日	年 月 日		消滅年月日		年 月 日			

医療証の記載の受給者番号を記載

変更する理由に対応する部分のみ記載

※加入保険の変更の場合は、記入不要ですが、別途健康保険の情報を添付してください(健康保険証のコピーや、資格確認書、マイナポータルから確認できる健康保険情報等)

資格喪失の理由を○で囲む

資格喪失の日付を記載

医療証の申請者について記載
※医療証の申請者は、基本的に父母等のうち所得の高い方です

変更する理由を○で囲む

変更になった日付を記載

資格喪失の理由が転出の場合は、転出先の住所を記載