

我孫子市子ども医療費助成登録事項変更届

我孫子市長 あて

(届出者 保護者)	現住所	〒
	氏名	
	電話	

子ども医療費助成の登録事項に変更があったので、次のとおり届け出ます。

【対象となる子ども】

受給者番号																			
フリガナ																			
氏名																			
生年月日	年 月 日						年 月 日						年 月 日						

【変更事項】 変更する事項のみ記入してください。

<input type="checkbox"/> 加入保険	変更後の健康保険（ 国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 共済組合 ） 健康保険の扶養者名： _____ ※千葉県国民健康保険（我孫子市）に加入の場合は、同意書に記名押印してください。																		
<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ																		
<input type="checkbox"/> 保護者	変更理由（ 婚姻 ・ 離婚 ・ 海外からの転入 ・ その他： _____ ）																		
	保護者でなくなる方（単身赴任の場合は保護者に該当します。）																		
	氏名 _____ 年 月 日生																		
	新たに保護者登録する方（同意書に記名押印が必要となります。）																		
	氏名 _____ 年 月 日生																		
	マイナンバー																		子どもとの 続 柄
	1月1日時点 住所	本年	都道 市区						前年	都道 市区									
			府県 町村							府県 町村									
<input type="checkbox"/> その他	変更事項（ 子の氏 ・ 単身赴任場所 ・ その他： _____ ）																		
	変 更 前													変 更 後					

※ 千葉県国民健康保険（我孫子市）に加入の方又は新たに保護者になられた方は、記名押印してください。記名押印に代えて署名することができます。

同意書	
私は、届出時及び助成期間中、次の事項に同意します。	
1 助成期間中、子ども医療費の助成に必要な範囲で、市職員が届出者と子どもの属する世帯の地方税関係情報を確認すること。	
2 我孫子市が高額療養費の全部又は一部を負担した場合は、我孫子市が私に代わって高額療養費を保険者に請求し、受領すること。	
我孫子市長 あて	
氏名 _____	(印)