

第 7 号様式（第 1 1 条関係）

小児医療費助成事業申請事項変更届												
令和            年            月            日												
(宛先) 座間市長												
申請者 住 所 座間市												
氏 名												
電 話                            (            )												
小 児	受給者番号								生年月日	平成 令和		
	フリガナ氏名											
	個人番号											
	住 所	座間市										
	受給者番号								生年月日	平成 令和		
	フリガナ氏名											
	個人番号											
住 所	同上											

小児医療費助成の申請事項に変更がありましたので、次のとおり届け出ます。

変 更 事 項	1 住 所    2 氏 名    3 養育者変更    4 保険組合    5 他公費受給											
	旧住所	座間市										
	新住所	座間市										
	変更前 小児氏名							変更後 小児氏名				
	変更前 養育者							変更後 養育者				
	変更後 健康保険	保険者番号						保険者名称				
		記号						番号				
		保険種別	1 国保    2 健保    3 船員    4 私学共済    5 国家公務員共済 6 地方公務員共済    7 国保組合									
	<input type="checkbox"/> 心身障害者の医療費助成 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等の医療費助成 <input type="checkbox"/> 生活保護    に該当											
その他												
変更日	年            月            日											

子どもの健康保険情報(被保険者名、被保険者の記号・番号、保険者番号、保険者名、資格取得年月日)が分かるものの写しを添付してください。

※次のいずれか1点

- ・資格確認書(マイナ保険証をお持ちでない方が、これまで通り保険診療を受けるためのもの)
- ・資格情報のお知らせ又は資格情報通知書
- ・マイナポータルの資格情報の PDF ファイル
- ・マイナ保険証

マイナ保険証で申請する場合は、子どもの個人番号が確認できるもの及び申請者の本人確認書類の写しを添付してください。個人番号の情報連携により保険情報の確認ができてから審査します。