

(例) 保険変更の場合

子ども医療費助成受給券変更申請書

令和〇年〇月〇日

木更津市長 様

木更津市子ども医療費助成規則第8条第1項の規定により、下記のとおり子ども医療費助成受給券交付申請の内容に変更がありましたので申請します。

保護者として登録している方を記入

申請者 (保護者)	住所	〒 292-8501 木更津市 朝日 3-10-19	
	氏名	木更津 太郎	子どもとの続柄 父

記

変更事由 (発生日 令和〇年〇月〇日)

□	保護者氏名	旧	住所	〒		
			フリガナ			
		氏名				
□	新	住所	〒		連絡先	
		フリガナ			子ども	
		氏名			との続柄	
		個人番号				
☑	対象となる子ども	旧	住所	〒		
			フリガナ			
		氏名				
☑	新	住所	〒	同上		
		フリガナ		キサラツ アサヒ	キサラツ フジミ	
		氏名		木更津 朝日、木更津 富士見		
☑	加入医療保険	保険者名	木更津市			
		保険者番号	120063			
		保険種別	1 社保 ② 国保 3 国保組合 4 その他 (生活保護)			
		被保険者名	木更津 太郎			
		記号番号	記号	06	番号	0012345
		資格取得年月日	令和〇年〇月〇日			
<p>子ども医療費助成受給券</p> <p>変更後の、お子様の保険証の情報を記入 ※ 保険証の写しを提出してください。</p> <p>子ども医療費助成受給券の範囲において、上記対象となる子どもにかかる住居費を承諾します。</p> <p>私は、保険者等から高額療養費又は附加給付金等を受領した場合は、木更津市子ども医療費助成規則第16条第2項の規定により、助成を受けた額の全部又は一部を木更津市へ支払います。</p> <p>氏名</p>						

複数名いる場合は、枠内に続けて記入

変更後の、お子様の保険証の情報を記入 ※ 保険証の写しを提出してください。

注 確認承諾書欄は、新たに保護者となった場合に承諾書に記名・押印をお願いします。