

(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。

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

保護者として登録している方を記入

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 氏 名			子ども 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 氏 名	キサラヅ アサヒ 木更津 朝日、キサラヅ フジミ 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			

複数名いる場合は、枠内に
続けて記入

変更後の、お子様の保険の情報を記入

※ 保険資格確認書類の写しを提出してください。

子ども医療費助成制度は、市町村が実施するもので、上記対象となる子どもにかかる住民基本台帳の住所が本市であることが条件です。また、市町村の税額の内容について担当職員が調査することを承諾します。

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17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。

氏 名

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署名をお願いします。