

子ども医療費受給資格 変更届（喪失）届兼再交付申請書

＜受給資格者＞（変更対象となるお子様）

氏 名		生年月日	個人番号											
1	フリガナ	年 月 日												
	受給資格者													
2	フリガナ	年 月 日												
	受給資格者													
3	フリガナ	年 月 日												
	受給者番号													
4	フリガナ	年 月 日												
	受給資格者													

＜変更する事項＞（変更があった項目の□にレをつけ、変更内容を記入してください。）

☐ 氏名変更	(変更後) ☐ 受給資格者と同じ（記入不要）			変更日	年 月 日
☐ 保険変更	☐ 情報照会 ☐ 被保険者等であることを確認できる書類			変更日	年 月 日
	被保険者氏 名	☐ 届出者と同じ（記入不要）	被保険者個人番号		
☐ 口座変更	☐ 公金受取口座を利用する ☐ 兄弟・姉妹の届出口座 ☐ 通帳又はキャッシュカード等の写し口座			届出日	年 月 日
☐ 喪失	理 由	☐ 施設入所 ☐ 生活保護の受給開始・再開 ☐ ひとり親医療取得 ☐ 重心医療取得 ☐ その他（ ）		喪失日	年 月 日
☐ 再交付	理 由	☐ 破損 ☐ 汚損 ☐ 紛失 ☐ その他（ ）		交付日	年 月 日
☐ 第三者行為	☐ 関係書類を添えて第三者行為に該当していることを申し出ます。				

＜届出者＞（受給資格者本人 又は 保護者）

都城市長 宛て		(届出日) 年 月 日	
上記のとおり、申請内容に変更（喪失）等がありましたので届け出ます。			
氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
		個人番号	
		電話番号	
住所	都城市	続柄	受給資格者から見て

都城市使用欄

本人確認			
1点確認書類	☐ マイナンバーカード ☐ 免許証 ☐ その他（ ）		
2点確認書類	☐ 資格確認書 ☐ 介護被保険者証 ☐ 医療受給者証 ☐ 学生証・社員証(写真付) ☐ その他（ ）		
入力・受給資格証交付			
☐ 入力（ / 済） ☐ 窓口交付 ☐ 後日郵送（郵送日 / 済） ☐ 手修正（ / 済）			