

第9号様式（第10条関係）

戸田市子ども医療費受給資格内容等変更(消滅)届						
<p>下記のとおり（変更・消滅）が生じたので、届け出ます。</p> <p>また、市長が戸田市子ども医療費条例施行規則に基づく受給資格の変更等の事務を行うため、必要な範囲内で公簿等の調査や個人番号等に基づく情報の取得を行うことに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先) 戸 田 市 長</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 _____ 氏 名 _____ 電 話 _____</p>						
受給資格者	氏 名	※申請者と異なる場合のみ記入				
	住 所	※申請者と異なる場合のみ記入				
	個人番号					
受給資格者証番号				生年月日		
対象子ども	フリガナ氏名			年 月 日		
	個人番号					
変更事項 ※変更箇所のみ記入	氏 名	対象子ども				
		受給資格者				
	住 所	電話()				
	加入医療保険	<input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別紙写しのとおり <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを健康保険証として利用				
	記号	番号	保険者番号			
	名 称	<input type="checkbox"/> 戸田市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 () 支部 <input type="checkbox"/> () 健康保険組合 <input type="checkbox"/> () 共済組合 <input type="checkbox"/> ()				
	変更年月日	年 月 日				
<p>【加入医療保険を変更した場合】</p> <p>対象子どもに関して、高額療養費等の決定に関する情報を保険者に照会・調査依頼することに同意します。また、現物給付等により戸田市が支給した医療費に法令その他の規程による高額療養費等が含まれていた場合は、当該高額療養費等の給付の申請及び受領に関することを戸田市長に委任します。</p> <p>被保険者（世帯主）氏名 () 対象子どもとの続柄 ()</p>						
消滅理由	<input type="checkbox"/> 対象子どもの転出 <input type="checkbox"/> 対象子どもの死亡 <input type="checkbox"/> 主たる生計維持者の変更 <input type="checkbox"/> 監護しなくなった <input type="checkbox"/> 他制度への移行（生活保護・重度心身障害者医療・ひとり親家庭等医療費） <input type="checkbox"/> その他 ()					
消滅事由発生日	年 月 日					

(注) 受給資格が消滅となる場合は、必ず受給資格者証を返却してください。