

第9号様式（第10条関係）

戸田市こども医療費受給資格内容等変更(消滅)届			
下記のとおり(変更・消滅)が生じたので、届け出ます。 ●年 ●月 ●日 (宛先) 戸 田 市 長 申請者 住 所 <u>戸田市上戸田1-18-1</u> 氏 名 <u>戸田 一郎</u> 電 話 <u>048-441-1800</u>			
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	
受給資格者証番号		5 1 2 3 4 5 6	生 年 月 日
対象こども	氏 名	戸 田 太 郎	●年 ●月 ●日
変更事項 ※変更箇所のみ記入	氏 名	対象受給	保険証、資格確認書等の写しを提出 →「別紙写しのとおり」に✓を記入（健康保険情報は記入不要）
	個人番号	対象受給	保険証、資格確認書等の写しがない場合 →「次のとおり」に✓を記入し、保険証等の内容を記入する。 ※こどもの健康保険情報を記入。子が複数いる場合は欄を上下に分けて記入。
	住 所	電話()	保険証、資格確認書等の写しがない場合（マイナンバーカードを保険証としている） →「マイナンバーカードを健康保険証として利用」に✓を記入（健康保険情報は記入不要）
	加入医療保険	<input type="checkbox"/> 次のとおり <input checked="" 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 <u>1 2 3 4 5 6</u> 番号 <u>6 7</u> 保険者番号 <u>0 1 1 1 0 0 1 4</u> 名 称 <input type="checkbox"/> 戸田市国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会(東京)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	
【加入医療保険を変更した場合】 対象こどもに関して、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。 被保険者(世帯主)氏名(<u>戸田 一郎</u>)対象こどもとの続柄(<u>父</u>)			
消滅理由	<input type="checkbox"/> 対象こどもの転出 <input type="checkbox"/> 対象こどもの死亡 <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。