ホームページから出力

様式第３号(第5条、第8条関係)

こ

熊谷市こども医療費受給資格内容変更(消滅)届・受給資格証再交付申請書

受付印

熊谷市長　宛　　次のとおり届出・申請します。

申請者(届出者)	住　所	熊谷市		
	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏名		こどもとの続柄	
	個人番号		電話番号	

受給資格者 □ 申請者(届出者)と同じ(記入省略可) □ 申請者(届出者)と異なる(記入必要)	住　所	熊谷市		
	フリガナ			
	氏名			
	個人番号		生年月日	年　月　日
	こどもとの続柄		電話番号	

こども		個人番号	受給者番号	フリガナ 氏名	生年月日
	1				年　月　日
	2				年　月　日
	3				年　月　日
	4				年　月　日

変更事由(該当箇所にチェックを入れ記入)

児童扶養手当、ひとり親家庭等医療費支給を受けている方は、別途手続が必要ですので　　課までお越しください。
未手続の場合は、手当の支払が差止めとなったり、支給を受けられなかったりすることがあります。

□住　所	旧住所	熊谷市		
□加入医療保険	被保険者氏名 (国保は世帯主の氏名)			
	名　称	健康保険組合・国民健康保険・共済組合 全国健康保険協会・国保組合		
	保険者番号		資格取得 年月日	年　月　日
	記号・番号	(枝番)		

□償還払 振込口座	ゆうちょ銀行以外の金融機関		ゆうちょ銀行	
	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	※決められた桁数で記入していない場合、振込みできないことがあります。	
	支店名	店番(3桁で記入)	記号(5桁で記入)	1
	口座番号(7桁で記入)		番号(8桁で記入)	1
	口座名義(カタカナ)	※受給資格者名義以外指定不可	口座名義(カタカナ)	※受給資格者名義以外指定不可
□氏　名	受給資格者 ・ 児童			

□再交付	事由	破損 ・ 亡失 ・ その他(　　)

□消　滅	対象児童	
	消滅理由	

ホームページから出力

様式第３号(第5条、第8条関係)

こ

熊谷市こども医療費受給資格内容変更(消滅)届・受給資格証再交付申請書

受付印

熊谷市長　宛　　次のとおり届出・申請します。

申請者(届出者)	住　所	熊谷市 宮町2丁目47番地1			
	フリガナ	ｸﾏｶﾞﾔ　ﾅｵｻﾞﾈ	生年月日	昭和〇年 〇 月 〇 日	
	氏名	熊谷　直実	こどもとの続柄	父	
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1	電話番号		

受給資格者	住　所	熊谷市		
☑ 申請者(届出者)と同じ(記入省略可)	フリガナ			
	氏名			
☐ 申請者(届出者)と異なる(記入必要)	個人番号		生年月日	年　月　日
	こどもとの続柄		電話番号	

		個人番号	受給者番号	フリガナ 氏名	生年月日
こども	1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 1	1 2 3 4 5 6 7	熊谷(ｸﾏｶﾞﾔ)　さくら(ｻｸﾗ)	令和〇年 〇月 〇日
	2				年　月　日
	3				年　月　日
	4				年　月　日

変更事由(該当箇所にチェックを入れ記入)

児童扶養手当、ひとり親家庭等医療費支給を受けている方は、別途手続が必要ですので　　課までお越しください。
未手続の場合は、手当の支払が差止めとなったり、支給を受けられなかったりすることがあります。

☐住　所	旧住所	熊谷市	
☑加入医療保険	被保険者氏名(国保は世帯主の氏名)	熊谷　直実	
	名　称	熊谷市	健康保険組合・国民健康保険・共済組合 全国健康保険協会・国保組合
	保険者番号	1 1 0 0 2 3	資格取得年月日　令和6年 4 月1日
	記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8　（枝番） 01	
☐償還払振	ゆうちょ銀行以外の金融機関		ゆうちょ銀行

●郵送提出の場合は、新しい保険資格情報の写しを一緒にご提出ください。

●医療内部データの変更をするため
お手持ちの「こども医療費受給資格証」はそのままお使いいただけます。

※変更のお届けをいただいていない場合、一部医療費が払い戻しの対象外となる可能性があります。

☐消　滅	対象児童	
	消滅理由	