



熊谷市子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													
	氏名													
	個人番号													
<input type="checkbox"/> 申請者(届出者)と同じ (記入省略可)  <input type="checkbox"/> 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					
		子ども続柄												
		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	年			月			日						
	1													
2														
3														
4														

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、別途手続きが必要ですので 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。

<input type="checkbox"/> 住 所	旧 住 所	熊谷市											
<input type="checkbox"/> 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 )											
<input type="checkbox"/> 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				
<input type="checkbox"/> 氏 名	受給資格者・児童												

<input type="checkbox"/> 再 交 付	事 由	破損・亡失・その他( )											
--------------------------------	-----	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/> 消 滅	対 象 児 童												
	消 滅 理 由												



熊谷市子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	クマガヤ ナガネ										生年月日	昭和〇年 〇 月 〇 日		
	氏名	熊谷 直実										こどもの 続柄	父		
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0	1	電話番号	

<input checked="" type="checkbox"/> 申請者(届出者)と同じ (記入省略可)  <input type="checkbox"/> 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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	1	1 2 3 4 5 6 7	クマガヤ さくら 熊谷 さくら	令和〇年 〇月 〇日						
	2															年 月 日						
	3															年 月 日						
	4															年 月 日						

変更事由(該当箇所を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、別途手続きが必要ですので 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。

<input type="checkbox"/>	住 所	旧 住 所	熊谷市										
<input checked="" type="checkbox"/>	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 ) 0 1			

償 還 振 込 (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。
- こども課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。

<input type="checkbox"/>	消 滅	対 象 児 童										
		消 滅 理 由										