



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															生年月日	年	月	日							
<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																						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、別途手続きが必要ですので 課までお越してください。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													

こ

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 ナオザネ					生年月日	昭和〇年 〇 月 〇 日															
	氏名	熊谷 直実					子どもの 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
	子どもの続柄						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	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	令和〇年 〇月 〇日	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	令和〇年 〇月 〇日	年	月	日
2																					年	月	日		
3																					年	月	日		
4																					年	月	日		

変更事由(該当箇所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							
	記号・番号	(枝 番)												
<input checked="" type="checkbox"/> 償 還 払 込 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	〇〇			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	〇〇		店 番 (3桁で記入)	1	2	3	記 号 (5桁で記入)	1					
	口 座 番 号 (7桁で記入)	1	2	3	4	5	6	7	番 号 (8桁で記入)					
口 座 名 義 (カタカナ)	クマガヤ ナオザネ <small>※受給資格者名義以外指定不可</small>						口 座 名 義 (カタカナ) <small>※受給資格者名義以外指定不可</small>							
<input type="checkbox"/> 氏 名	受給資格者 ・ 児童													

- 受給資格者と口座の名義人は必ず一致させてください。
- 指定口座の確認書類(通帳もしくはキャッシュカード)のコピーと受給資格者の本人確認書類のコピーを一緒に提出してください。