

口座変更

子ども医療費受給資格内容変更届

令和 5年 8月 1日

草加市長 あて

住 所 草加市 高砂1-1-1

届出人 氏 名 草加 太郎 (印)

電話・FAX 090-000-0000

(氏名を署名したときは、押印を省略できます。)

必ず日中連絡が取れる電話番号をご記入ください。

加入医療保険

振込口座

次のとおり、

住所

の変更が生じたので届け出ます。

氏名 (□受給者、□子ども)

受給者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ (記入不要)		
住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ (記入不要)		
対象となる子ども	受給者番号	氏名	生年月日
	1 2 3 4 5 6 7	草加 花子	平成 令和 2年 4月 2日
	7 6 5 4 3 2 1	草加 次郎	平成 令和 5年 3月 12日
			平成 令和 年 月 日
変更内容 (変更しないところは記入不要)	加入医療保険	記号・番号	記号 <input type="text"/> 番号 <input type="text"/>
		被保険者名	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ (記入不要)
		保険者番号	<input type="text"/>
		保険者名称	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合
		資格取得日	平成 令和 年 月 日
	振込口座	金融機関名 支店名	草加 銀行 高砂 支店 信用金庫 農 協
口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	7 6 5 4 3 2 1	
口座名義人	(カタカナで記入)	ソウカ タロウ	

必要書類：受給者の口座番号のわかるもの (通帳・キャッシュカード等の写し)

保険変更

こども医療費受給資格内容変更届

令和 5年 8月 1日

草加市長 あて

住 所 草加市 高砂1-1-1

届出人 氏 名 草加 太郎



電話・FAX 090-000-0000

必ず日中連絡が取れる電話番号を
ご記入ください。

(氏名を署名したときは、押印を省略できます。)

加入医療保険

振込口座

次のとおり、

住所

の変更が生じたので届け出ます。

氏名 (□受給者、□子ども)

受給者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ (記入不要)		
住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ (記入不要)		
対象となる子ども	受給者番号	氏名	生年月日
	1 2 3 4 5 6 7	草加 花子	平成 令和 2年 4月 2日
	7 6 5 4 3 2 1	草加 次郎	平成 令和 5年 3月 12日
			平成 年 月 日
変更内容 (変更しないところは記入不要)	加入医療保険	記号・番号	記号 0 1 2 番号 3 4 5 6
		被保険者名	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ (記入不要)
		保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8
	保険者名称	草加高砂	<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合
	資格取得日	平成 令和 2年 6月 1日	
	振込口座	金融機関名 支店名	銀行 信用金庫 農 協
口座番号		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	
口座名義人		(カタカナで記入)	

必要書類：こどもの健康保険証の写し

住所変更

こども医療費受給資格内容変更届

令和 5年 8月 1日

草加市長 あて

住 所 草加市 高砂1-1-1 (※変更後の住所)

届出人 氏 名 草加 太郎 (印)

必ず日中連絡が取れる電話番号を
ご記入ください。

電話・FAX 048-000-0000

(氏名を署名したときは、押印を省略できます。)

加入医療保険

振込口座

次のとおり、

住所

の変更が生じたので届け出ます。

氏名 (□受給者、□こども)

受給者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ (記入不要)		
住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ (記入不要)		
対象となるこども	受給者番号	氏名	生年月日
	1 2 3 4 5 6 7	草加 花子	平成令和 2年 4月 2日
	7 6 5 4 3 2 1	草加 次郎	平成令和 5年 3月 12日
			平成令和 年 月 日
			平成令和 年 月 日

変更内容 (変更しないところは記入不要)	加入医療保険	記号・番号	記号	番号	
		被保険者名	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ (記入不要)		
		保険者番号			
		保険者名称	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合		
		資格取得日	平成令和	年	月 日
	振込口座	金融機関名 支店名	銀行 信用金庫 農協 支店		
		口座番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄		
		口座名義人	(カタカナで記入)		

必要書類：こども医療費受給者証

郵送の場合は、受領日の翌日以降に新しい受給者証を
発送します。