

こども医療費受給資格内容変更届

令和 年 月 日

草加市長 宛て

住 所 草加市
届出人 氏 名
電話・FAX

(氏名を署名したときは、押印を省略できます。)

次のとおり、
☐加入医療保険
☐振込口座
☐住所
☐氏名 (☐受給者、☐子ども)
の変更が生じたので届け出ます。

受給者氏名		☐ 届出人と同じ (記入不要)																		
住 所		☐ 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												
								平成 令和	年	月	日									
								平成 令和	年	月	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		<table><tr><td>記号</td><td colspan="3"></td><td>番号</td><td colspan="4"></td></tr></table>								記号				番号				
		記号				番号														
		被保険者名		☐ 届出人と同じ (記入不要) ☐ 受給者と同じ (記入不要)																
		保険者番号		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
	保険者名称		☐ 健康保険組合 ☐ 全国健康保険協会 ☐ 国民健康保険 ☐ 国民健康保険組合 ☐ 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		☐ 普通 ☐ 当座 ☐ 貯蓄 <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
口座名義人		(カタカナで記入)																		

口座変更

記入例

第7号様式(第10条関係)

こども医療費受給資格内容変更届

令和 6年12月 2日

草加市長

宛て

必ず日中連絡が取れる電話番号を
ご記入ください。

住 所 草加市 高砂1-1-1

届出人 氏 名 草加 太郎

電話・FAX 090-0000-0000

(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	☒ 届出人と同じ (記入不要)			
住 所	☒ 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	
			平成 年 月 日	
			平成 年 月 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	番号
		被保険者名	☐ 届出人と同じ (記入不要) ☐ 受給者と同じ (記入不要)	
		保険者番号		
		保険者名称	☐ 健康保険組合 ☐ 全国健康保険協会 ☐ 国民健康保険 ☐ 国民健康保険組合 ☐ 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 信用金庫 農協 〇〇〇 支店	
		口座番号	☒ 普通 ☐ 当座 ☐ 貯蓄 1 2 3 4 5 6 7	
		口座名義人	(カタカナで記入) ソウカ タロウ	

必要書類：受給者の口座番号がわかるもの (通帳、キャッシュカード等の写し)

保険変更

記入例

第7号様式(第10条関係)

こども医療費受給資格内容変更届

令和 6年12月 2日

草加市長 宛て

必ず日中連絡が取れる電話番号を
ご記入ください。

住 所 草加市 高砂1-1-1

届出人 氏 名 草加 太郎 (印)

電話・FAX 090-0000-0000

(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

☐ 住所

☐ 氏名 (□受給者、□子ども)

次のとおり、

の変更が生じたので届け出ます。

受給者氏名	☒ 届出人と同じ (記入不要)		
住 所	☒ 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
			平成 令和 年 月 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 8 9 1 0 番号 1 1 1 2 1 3 1
		被保険者名	☒ 届出人と同じ (記入不要) ☐ 受給者と同じ (記入不要)
		保険者番号	3 4 5 6 7 8 9 1
		保険者名称	草加せんべい ☒ 健康保険組合 ☐ 全国健康保険協会 ☐ 国民健康保険 ☐ 国民健康保険組合 ☐ 共済組合
		資格取得日	平成令和 6年 12月 1日
	振込口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協
		支店名	支店
		口座番号	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ 貯蓄
	口座名義人	(カタカナで記入)	

必要書類：医療保険加入情報が分かるもの (資格確認書、資格情報のお知らせ等)

住所変更

記入例

第7号様式(第10条関係)

こども医療費受給資格内容変更届

令和6年12月2日

草加市長

宛て

必ず日中連絡が取れる電話番号を
ご記入ください。

住所 草加市 高砂1-1-1

届出人 氏名 草加 太郎

電話・FAX 090-0000-0000

(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	☒ 届出人と同じ (記入不要)			
住所	☒ 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	
			平成令和 年 月 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	☐ 届出人と同じ (記入不要) ☐ 受給者と同じ (記入不要)	
		保険者番号		
		保険者名称	☐ 健康保険組合 ☐ 全国健康保険協会 ☐ 国民健康保険 ☐ 国民健康保険組合 ☐ 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	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ 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。