

高槻市子ども医療費受給者資格変更(喪失)届

(宛先) 高 槻 市 長

令和 XX 年 XX 月 XX 日

住 所 高槻市 桃園町2番1号

届出者 氏 名 高槻 太郎

電 話 090-XXXX-XXXX

受 給 者 番 号						受 給 者 氏 名		生 年 月 日		
6	X	X	X	X	X	高槻 花子		令和 X 年 X 月 X 日		
								年 月 日		
								年 月 日		

☒ 下記のとおり受給資格に変更があったので、届け出ます。

資 格	医療保険の	保 險 種 別	1国保 2国保組合 3協会 4組合 5共済 6その他()											
		記 号 ・ 番 号	記号 XXXXXXXX				番号 XXXXXXXX							
		被 保 険 者 氏 名	高槻 太郎											
		被 保 険 者 住 所	☒ 届出者と同じ											
		保 険 者 番 号	X	X	X	X	X	X	X	X				
		保 険 者 名 称	()健康保険組合 全国健康保険協会(●●)支部 ()											
住所変更	変更日(資格取得日)		令和 XX 年 XX 月 XX 日											
	新													

加入健康保険の資格情報の内容を記入してください。

氏名・住所が変更になった場合は、旧内容及び新内容を記入してください。また、子ども医療証を子ども政策課まで送付してください。

認定日、加入日、給付開始日のいずれかを記入してください。

☐ 生計中心者の変更 父→母 母→父 その他()
☐ 下記の理由で資格を喪失したので、届け出ます。

生計中心者が変更した場合は記入してください。

資 格 喪 失 事 由	1. 市外に転出した。(転出先	
	2. 生活保護を受けるようになった。	
	3. 高槻市重度障がい者の医療費助成を受けるようになった。	
	4. 高槻市ひとり親家庭の医療費助成を受けるようになった。	
	5. その他(	
	該当年月日	令和 年

加入健康保険の変更の場合は、子ども医療証はそのままお使いいただけます。資格を喪失した場合は、必ず子ども医療証を返却してください。紛失した場合は欄外に「医療証紛失」と記載してください。

(注) 喪失の場合は、医療証を添えて届出ください。

受付日 受付