

子ども医療費受給資格登録変更届

令和 年 月 日

南房総市長 宛

届出者（保護者）住 所
氏 名
電 話 — —

子ども	ふ り が な			
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

次のとおり子ども医療費助成受給資格登録の内容に変更がありましたので、届け出ます。

住 所	新																	
	旧																	
氏 名	新	ふ り が な																
		氏 名																
	旧	ふ り が な																
		氏 名																
加入医療保険		保 険 者 名																
		保 険 者 番 号																
		保 険 種 別	1 社保 2 国保 3 国保組合 4 その他の国保組合 5 その他															
		被 保 険 者 名																
		記 号 番 号	記 号				番 号											
保 護 者	新	ふ り が な				個人番号												
		氏 名				生年月日	年 月 日											
	旧	ふ り が な				個人番号												
		氏 名				生年月日	年 月 日											
自己負担区分	該当に○をしてください。 1 所得割が課税されなくなった。 2 所得割が課税されるようになった。																	

承 諾 書

申請時から子ども医療費助成資格を喪失するまで、市が私の世帯の住民票、所得額、市町村民税額及び健康保険の資格情報を確認することを承諾します。また、市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市が私に代わって保険者に請求し、高額療養費を受領することを委任し、高額療養費について市が過払となっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払相当額を市へ支払います。その他、家族療養費附加給付金等を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を市へ支払います。

氏名

※上記承諾書に承諾されない場合は、市町村民税課税証明書（市町村民税額・所得金額・控除額・扶養親族の数の記載があるもの）等の提出が毎年必要になります。

南房総市使用欄
【添付書類等確認欄】
☐ 子どもの医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者であることを証する書類
※上記に承諾された方は不要。
☐ 市町村民税課税証明書等（市町村民税額・所得金額・控除額・扶養親族の数の記載があるもの）
※申請年度の1月1日（4月分から7月分までの申請の場合は、前年度の1月1日）に南房総市に住所があった方及び上記に承諾された方は不要。

注） 変更があった事項のみ記入してください。