

申請事項変更届

(提出先) 足立区長

年 月 日

届出者

(保護者) 住所

氏名

電話番号

()

※児童手当の受給者
又は医療証の保護者

下記のとおり変更します。なお、本申請の記載事項について、誤字・脱字などの軽微な訂正・補記を区役所職員が行うことに同意します。

記

- 1 事業名及び受給者 児童手当
 子ども医療費助成

2 児童(子ども)について

(1) 氏名

(2) 住所 届出者と同じ

別居

(別居している
子どもの住所)

3 変更年月日 年 月 日

4 変更内容

①住所変更	変更前			
	変更後			
②氏名変更	事由	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 子が(父・母)の氏を称する入籍 <input type="checkbox"/> その他()		
	変更前			
	変更後			
③加入年金変更 <small>※ アの場合は、受給者(保護者)の健康保険証のコピーを添付。保険者番号及び被保険者等記号・番号にマスキングしてください。</small>	ア. 厚生年金保険		イ. 国民年金	
	以下の場合、該当するものに○して下さい		ウ. 受給中	
	<input type="checkbox"/> 私立学校教職員組合		<input type="checkbox"/> 未加入	
	<input type="checkbox"/> 国家公務員共済			
	<input type="checkbox"/> 地方公務員等共済			
④加入保険変更 <small>※ お子様の健康保険証のコピーを添付してください。</small>	記号	番号	保険者番号	
	被保険者氏名	被保険者と保護者との続柄		本人・配偶者・()
	保険者名称	足立区国保・国組健康保険組合 全国健康保険協会支部、共済		

※児手・認定番号
※医療・受給者番号

	※児手	※医療
受付		
審査	/	/
入力	/	/
点検	/	/

記入例

保険変更の場合

児手 様式第8号 (第5条、第6条関係)
医療 (第13条関係)

申請事項変更届

(提出先) 足立区長

令和〇〇年△△月□□日

届出者

(保護者) 住所 足立区中央本町1-17-1

医療証に記載された
保護者名

氏名 足立 太郎

電話番号 03 (1234) 5678

※児童手当の受給者
又は医療証の保護者

下記のとおり変更します。なお、本申請の記載事項について、誤字・脱字などの軽微な訂正・補記を区役所職員が行うことに同意します。

記

- 1 事業名及び受給者 児童手当
 子ども医療費助成

2 児童(子ども)について

お子さまの氏名 足立一郎 足立二子

(複数記入可)

(2)住所 届出者と同じ

別居

(別居している
子どもの住所)

3 変更年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

お子さまの保険証
の資格取得日

4 変更内容

①住所変更	変更前					
	変更後					
②氏名変更	事由	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 子が(父・母)の氏を称する入籍 <input type="checkbox"/> その他()				
	変更前					
③加入年金変更	変更後					
	ア 厚生年金保険	イ. 国民年金 <input checked="" type="checkbox"/> 合				
※ アの場合は、受給者(保護者)の健康保険証のコピーを添付。保険者番号及び被保険者等記号・番号にマスキングしてください。		以下の場合、該当するも、年金も変更になる場合、 () 私立学校教職員は、こちらにも記入してください () 国家公務員共済 () 地方公務員等共済				
④加入保険変更	記号	21	番号	1234	保険者番号	12345678
	被保険者氏名	足立 太郎			被保険者と保護者との続柄	本人
※ お子様の健康保険証のコピーを添付してください。		お子さまの保険証に書かれている被保険者名(組合員、世帯主)と書かれている場		足立		国保・国組健康保険組合 全国健康保険協会 支部、共済

※児手
※医療・受給者番号

	※児手	※医療
受付		
審査	/	/
入力	/	/
点検	/	/