

受付 証書 訂・未 医療証 回・未	<input type="checkbox"/> 育成 <input type="checkbox"/> 児扶 <input type="checkbox"/> 親	審査	<input type="checkbox"/> 育成 <input type="checkbox"/> 児扶 <input type="checkbox"/> 親	入力	<input type="checkbox"/> 育成 <input type="checkbox"/> 児扶 <input type="checkbox"/> 親	確認	<input type="checkbox"/> 育成 <input type="checkbox"/> 児扶 <input type="checkbox"/> 親
-------------------------	--	----	--	----	--	----	--

ひとり親家庭等医療費助成変更届	加入保険	※支給額変更 有 無 ⇒ ※親証区分変更 有 無 ⇒
-----------------	------	-------------------------------------

フリガナ	児童育成手当認定番号
受給者氏名 (生年月日)	児童扶養手当証書番号
(S・H 年 月 日生)	ひとり親医療受給者番号

住	〒 - (電話)	住居の名義人 (続柄)	( )
現住所	足立区	光熱水費の名義人 (続柄)	( )

同居者の氏名 (続柄)	( )	( )	( )
変更前	( )	( )	( )

二重線で囲われた箇所を記入してください。  
**ご本人と児童の保険証コピーを添付してください。**  
**子(乳)の医療証をお持ちの児童の保険証コピーも必要です**

受給者	( )
-----	-----

氏名	児童 (続柄)	( )	( )
加入	被保険者(名義人)氏名	申請者との続柄	保険証記号番号
保険	記号	番号	番号
種別	1 国保 2 協会けんぽ 3 組合健保 4 船員 5 日雇 6 共済 7 国保組合	保険者番号	保険者名称

支給事由	変更前	変更後
別居監護	事由：障害・遺棄・拘禁・保護命令 ・(別居・同居)・住所要件(有・無)	事由：離婚・死亡・遺棄・拘禁・保護命令 ・(別居・同居)・住所要件(有・無)
住所要件	該当者： 住所：	該当者： 住所：
その他	その他 ( )	その他 ( )

支払金融機関	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	支店番号
普通	口座番号	口座名義 (カナ)	

支給停止関係	① 支給停止事由発生(変更) イ 所得の高い扶養義務者に扶養されるようになった。 ロ 所得の高い人と婚姻した。 ハ 法第9条の児童(孤児等)が養育者と養子縁組した。 ニ 法第9条の児童(孤児等)を養育しなくなった。 ホ 法第9条の児童(孤児等)が死亡した。 ヘ 法第9条の児童(孤児等)に該当しなくなった。 ト その他 ( )	② 支給停止事由消滅(変更) イ 所得の高い扶養義務者に扶養されなくなった。 ロ 所得の高い扶養義務者が死亡した。 ハ 所得の高い配偶者と婚姻を解消した。 ニ 所得の高い配偶者が死亡した。 ホ 法第9条の児童(孤児等)を養育するようになった。 ヘ 法第9条の児童(孤児等)に該当するようになった。 ト その他 ( )
--------	--	---

変更年月日	平成・令和 年 月 日
-------	-------------

変更対象者	
-------	--

個人番号	
------	--

変更理由	
------	--

上記のとおり変更があったので届け出ます。

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(提出先) 足立区長

(記名押印に代えて署名することができます。)

# 記入例

<input type="checkbox"/> 育成 <input type="checkbox"/> 児扶 <input type="checkbox"/> 親	審査	<input type="checkbox"/> 育成 <input type="checkbox"/> 児扶 <input type="checkbox"/> 親	入力	<input type="checkbox"/> 育成 <input type="checkbox"/> 児扶 <input type="checkbox"/> 親	確認	<input type="checkbox"/> 育成 <input type="checkbox"/> 児扶 <input type="checkbox"/> 親
--	----	--	----	--	----	--

ひとり親家庭等医療費助成変更届

加入保険

※支給額変更 有 無

受給している手当の認定番号(受給者番号)が分かる場合は記入してください。不明の場合は記入不要です。

フリガナ	アダチ ハナコ		児童扶養手当証書番号	
受給者氏名 (生年月日)	足立 花子	(S・H)〇〇年 〇〇月 〇〇日生	ひとり親医療受給者番号	3000000

現住所	〒120-8510 (電話) 3880-5111 足立区 中央本町1-17-1	住居の名義人 (続柄)	( )
住所		光熱水費の名義人 (続柄)	( )

同居者の氏名 (続柄)	( )	( )	( )
変更前	( )	( )	( )

二重線で囲われた箇所を記入してください。  
**ご本人と児童の保険証コピーを添付してください。**  
**子(乳)の医療証をお持ちの児童の保険証コピーも必要です**

受給者氏名	( )	( )	( )
児童 (続柄)	( )	( )	( )

加入保険	被保険者(名義人)氏名 足立 花子	申請者との続柄 本人	保険証記号番号 記号 12345678 番号 4321
	保険種別 1 国保 2 協会けんぽ 3 組合健保 4 船員 5 日雇 6 共済 7 国保組合	保険者番号 9 8 7 6 5 4 3 2	保険者名称 〇〇保険組合

支給事由	変更前	変更後
別居監護 住所要件 その他	保険情報を記入してください。 複数回変更されている場合は、最新の保険情報を記入してください。	亡・遺棄・拘禁・保護命令 同居・住所要件(有・無)

支払金融機関	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	支店番号
	普通 口座番号	口座名義 (カナ)	

支給	① 支給停止事由発生(変更) イ 所得の高い扶養義務者に扶養されるようになった。 ロ 所得の高い人と婚姻した。	② 支給停止事由消滅(変更) イ 所得の高い扶養義務者に扶養されなくなった。 ロ 所得の高い扶養義務者が死亡した。 ハ 所得の高い配偶者と婚姻を解消した。 ニ 所得の高い配偶者が死亡した。
----	---	--

変更対象者...加入している健康保険証が変わった方(ご本人・児童)のお名前を記入してください。  
 ☆子どもの医療証をお持ちの場合も、お名前を記入してください。

保険加入認定年月日を記入してください。

変更年月日	平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
変更対象者	足立 花子 足立 一郎 足立 桃子 足立 次郎
個人番号	

変更理由	(例) 国民健康保険から社会保険に変更となった	変更の理由を記入してください。
------	-------------------------	-----------------

上記のとおり変更があったので届け出ます。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

(提出先) 足立区長

氏名 足立 花子

足立 印

(記名押印に代えて署名することができます。)