

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 () 私立学校教職員組合 () 国家公務員共済 () 地方公務員等共済	ウ. 受給中 エ. 未加入		
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

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 (複数記入可) 足立一郎 足立二子

(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					
	変更後					
③加入年金変更	<input checked="" type="radio"/> ア 厚生年金保険	イ. 国民年金	合			
	以下の場合、該当するものは、こちらにも記入してください					
	<input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済	<input checked="" type="checkbox"/> 受給中	<input type="checkbox"/> 未加入	老齢年金など他の公的年金を受給している場合		
	<input type="checkbox"/> 国家公務員共済	保護者と被保険者との続柄(同じ場合は「本人」と記入)				
	<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 本人・配偶者・()	
※ 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)と書かれている場合もあります						
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						

※医療・受給者番号

※児手 ※医療

受付		
審査	/	/
入力	/	/
点検	/	/