

記入例

医療証に記載されている保護者の氏名です。

第8号様式（第10条関係）

児童医療費助成事業 申請事項変更・受給資格消滅届

(宛先) 大田区長

届出日 年 月 日

保護者 氏名	フリガナ オオタ タロウ	住所	大田区
	大田 太郎		蒲田 5-13-〇〇
			電話

対 象 児 童	受給者番号	1 2 3 4 5 6 7	児 童 氏 名	大田 一郎	生年月日	〇年〇月〇日
	受給者番号	7 6 5 4 3 2 1	児 童 氏 名	大田 次郎	生年月日	〇年〇月〇日
	受給者番号		児 童 氏 名		生年月日	年 月 日
	受給者番号		児 童 氏 名		生年月日	年 月 日

次のとおり、児童医療費助成事業の申請事項が変更・受給資格が消滅しましたので届け出ま

変更届

変更年月日

〇年 〇月 〇日

住 所	新	大田区 蒲田 5-13-〇〇
	旧	大田区 蒲田 1-23-〇〇

氏名が変更になった理由をご記入ください。

氏 名 (保護者)	新	フリガナ オオタ タロウ 大田 太郎	旧	フリガナ ハネダ タロウ 羽田 太郎	変更理由	
	新	フリガナ オオタ イチロウ 大田 一郎	旧	フリガナ ハネダ イチロウ 羽田 一郎	変更理由	
氏 名 (児 童)	新	フリガナ オオタ シロウ 大田 次郎	旧	フリガナ ハネダ シロウ 羽田 次郎	変更理由	
	新	フリガナ	旧	フリガナ	変更理由	
	新	フリガナ	旧	フリガナ	変更理由	
	新	フリガナ	旧	フリガナ	変更理由	

健康保険 (変更後)	保険の種別	1 国保 2 国組(都・全国) 3 国組(都外) 4 組合 5 協会 6 共済 7 その他 ()				
	記号	1234	番号	5678	被保険者氏名	大田 太郎
	保険者番号	01234567		資格取得日	〇年 〇月 〇日	

※公簿（マイナンバーを利用した情報連携を含む。）で確認するため、健康保険情報のわかる書類の提出は不要です。

公簿で健康保険情報が確認できない場合には、健康保険情報のわかる書類の提出を求める場合があります。

消滅届

事由発生日

年 月 日

この様式は、以下の場合にご提出いただくものです。

- (1) 区内で保護者の住所が変更になったとき
- (2) 保護者またはお子様の氏名が変更になったとき
- (3) お子様の健康保険が変更になったとき※公簿（マイナンバーを利用した情報連携を含む。）で確認するため、健康保険情報のわかる書類の提出は不要です。
※公簿で健康保険情報が確認できない場合には、健康保険情報のわかる書類の提出を求める場合があります。

記入上のご注意

- (1) この様式で保護者の変更をすることはできません。
- (2) 保護者またはお子様の氏名が変更になったときは、事前にご相談ください。
- (3) 消滅届としての用途で使用する場合は、事前にご相談ください。

大田区こども未来部子育て支援課子育て支援担当（こども医療） TEL03-5744-1275