

《医療費助成》

変更届（保険の変更）

記入例

太枠内を記入してください。

第8号様式

課長	係長	係	受付	令和 年 月 日
			決裁	令和 年 月 日
			処理	令和 年 月 日

妊娠婦・子ども 医療費受給資格内容等変更届

受給者証番号	0123456 0234567	医療費受給者証(水色)番号
受給者 氏名 (個人番号)	柏崎 市郎 (1111 2222 3333)	生年月日 平成 5年 5月 5日
受給者 住 所	柏崎市 日石町2番1号	
子ども 氏名 (個人番号)	柏崎 太郎 (4444 5555 6666)	出生順位 第1子 生年月日 平成
	柏崎 次郎 (7777 8888 9999)	第2子 令和 2年 4月 30日
	()	第3子 年月日
受給者 住 所	柏崎市 同上	
変更事由	住所(/)・受給者(/)・氏(/)	加入保険(① 4 / 1)
受給者 住 所	柏崎市	
受給者 ふりがな		性別 男・女
受給者 氏名 (個人番号)		生年月日 年月日
受給者 住 所	柏崎市	子どもとの続柄
受給者 職業		
子ども 氏名		
加入保険 被保険者 (世帯主) 氏名	② 柏崎 市郎	記号・番号 ③ 1234567・8910
加入保険 保険者名 (保険者番号)	④ 全国健康保険協会 新潟支部	(⑤ 01150010)
加入保険 所在地		
監護又は扶養する子の 数	子	→ 子
上記のとおり変更が生じたので、受給者証を添えて届け出ます。		
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	ご提出日	申請者 住所 柏崎市 日石町2番1号
		氏名 柏崎 市郎 (電話 090-1111-2222)
		申請者の住所、氏名 日中連絡のつく電話番号
柏崎市長様		

変更の手続きに必要なもの

- 子ども医療費受給者証
- 対象のお子さんの健康保険の資格情報がわかる書類
(資格確認書、資格情報のお知らせ 等(※))
- 妊娠婦・子ども医療費受給資格内容等変更届(第8号様式)

※郵送でお手続きされる場合は、コピーを同封してください。
マイナ保険証は、マイナポータルで「医療保険の資格情報」の画面を印刷して同封してください。

(例) お子さんの健康保険資格確認書

健康保険 資格確認書 家族(被扶養者) 00123
令和7年4月1日交付
③記号 1234567 番号 8910
氏名 柏崎 太郎
生年月日 平成30年5月2日
資格取得年月日 ①令和7年4月1日
被保険者 ②柏崎 市郎
保険者番号 ⑤01150010
保険者名称 ④全国健康保険協会 新潟支部