

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

妊産婦・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		
	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
住所	柏崎市 同上					
変更事由	住所(/)・受給者(/)・氏(/) 加入保険(① 4 / 1)					
住所	柏崎市					
受給者	ふりがな		性別	男・女		
	氏名 (個人番号)		生年月日	年 月 日		
	住所	柏崎市	子どもとの続柄			
	職業					
子どもの氏名						
加入保	被保険者 (世帯主)氏名	② 柏崎 市郎	記号・番号	③ 1234567・8910		
	保険者名 (保険者番号)	④ 全国健康保険協会 新潟支部 (⑤ 01150010)				
	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

住所 柏崎市 日石町2番1号

申請者の住所、氏名
日中連絡のつく電話番号

申請者

氏名 柏崎 市郎

柏崎市長様

(電話 090-1111-2222)

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(※))
- 妊産婦・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	カシサキ タロウ 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	⑤	01150010
保険者名称	④	全国健康保険協会 新潟支部