

オンラインで手続される場合 手順書

子ども医療費受給資格内容等変更届

入力状況 0%

柏崎市の「子ども医療費受給資格内容等変更届」のオンライン申請ページです。

ここでは、子ども医療費受給者証の変更手続きができます。受給者証の内容に変更がある場合は、手続きが必要です。

Grafferアカウントを利用する方

ログインしていただく、申請書の一時保存や申請履歴の確認ができます。

新規登録またはログインして申請

または

Grafferアカウントを利用しない方

メールアドレスの確認のみで申請ができます。一時保存や申請履歴の確認など一部機能は使えません。

アカウント登録せずにメールで申請

新規登録またはログインして申請

または

Grafferアカウントを利用しない方

メールアドレスの確認のみで申請ができます。一時保存や申請履歴の確認など一部機能は使えません。

アカウント登録せずにメールで申請

子ども医療費受給資格内容等変更届

入力状況 0%

柏崎市の「子ども医療費受給資格内容等変更届」のオンライン申請ページです。

ここでは、子ども医療費受給者証の変更手続きができます。受給者証の内容に変更がある場合は、手続きが必要です。

利用規約をご確認ください

利用規約に同意して、申請に進んでください。

☒ 利用規約に同意する

申請に進む

柏崎市公式ページとして株式会社グラファアーが運営しています。

子ども医療費受給資格内容等変更届

入力状況 17%

入力フォーム

申請者の情報

名前 必須

柏崎 太郎

住所 必須

柏崎市日石町 2-1

電話番号 必須

日中に連絡が取れる電話番号を入力してください

0257-00-0000

メールアドレス 任意入力

preview-demo@example.com

次へ進む

子ども医療費受給資格内容等変更届

入力状況 33%

入力フォーム

変更内容の選択

変更する内容を選択してください。あ

☐ 住所変更

☐ 受給者変更

☐ 氏名変更

☐ 加入保険変更

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

二次元コードやURLから
申請フォームに移動する

Grafferアカウント
を利用しない場合は
メールアドレスを
入力し確認メールを送信

利用規約を確認し
✓チェックして
申請に進む

申請者の情報を入力
(入力している人)

変更内容を選択
(複数選択可能)

受給者証

柏崎市 子ども 医療費受給者証

公費負担番号 9 0 1 5 0 0 0 3

受給者番号 9 9 9 9 9 9 9 9

保険番号 01130010

受給者氏名 柏崎 太郎

子ども氏名

子ども生年月日 平成 1 6 年 5 月 6 日 性別 男

子ども住所 柏崎市中央町 1 番 1 - 1 0 1 号 2 階 2 号

入居 平成 2 8 年 5 月 1 日 ~ 平成 4 2 年 3 月 3 1 日

退居 平成 2 8 年 5 月 1 日 ~ 平成 4 2 年 3 月 3 1 日

交付年月日 令和 2 年 5 月 5 日

子ども医療費受給資格内容等変更届

入力状況 50%

入力フォーム

受給者の情報

現在お使いになっている受給者証を確認し、受給者（保護者）の情報を入力してください。

氏名 必須

生年月日 必須

住所 必須

※受給者証の子ども住所

選択してください

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

子ども医療費受給資格内容等変更届

入力状況 67%

入力フォーム

子どもの情報

子どもの人数 必須

現在受給者証が交付されている子どもの人数を選択してください。

※一度に3人分まで手続きできます。4人目以降のお子様がいっしゃる場合は、手続きを2回行ってください。

選択してください

1人目の受給者番号 必須

現在お使いになっている受給者証をご確認いただき、受給者番号7ケタを入力してください。

番号の先頭に「0」がある場合は、省略してください。

1人目の氏名 必須

子ども（1人目）の氏名、出生順位、生年月日を入力してください。

子ども医療費受給資格内容等変更届

入力状況 83%

入力フォーム

変更内容の登録

住所変更の方 必須

変更後の住所はどちらですか

☐ 市内

☐ 市外

新しい住所を入力してください。

住所の変更日 必須

住民票上の住所変更した日の異動日を入力してください。

子ども医療費受給資格内容等変更届

入力状況 100%

申請内容の確認

申請者の情報

申請者の種類 必須

個人

名前 必須

柏崎 太郎

住所 必須

柏崎市日石町 2-1

電話番号 必須

0257-00-0000

メールアドレス 任意入力

preview-demo@example.com

変更内容の選択

お子さんの受給者証
をご準備ください。
「受給者番号」
「受給者氏名」等
をこの後入力します。

受給者の情報を入力

お子さんの情報を入力

変更内容を入力

※選択した変更内容
の入力フォームが表示
されます。

※変更内容を再選択
したい場合はフォー
ムに戻っていただく
必要があります。

※保険変更をする方
については、添付書
類を準備の上、申請
を行ってください。

入力内容に誤りがないか確認

完了