

第7号様式（第11条関係）

小児医療費助成事業申請事項変更届										
令和      年      月      日										
(宛先) 座間市長										
申請者 住 所 座間市										
氏 名										
電 話                      (      )										
小 児	受給者番号							生年月日	平成 令和	
	フリガナ名									
	個人番号									
	住 所	座間市								
	受給者番号							生年月日	平成 令和	
	フリガナ名									
	個人番号									
	住 所	同上								

小児医療費助成の申請事項に変更がありましたので、次のとおり届け出ます。

1 住 所   2 氏 名   3 養育者変更   4 保険組合   5 他公費受給											
変 更 事 項	旧住所	座間市									
	新住所	座間市									
	変更前 小児氏名							変更後 小児氏名			
	変更前 養育者							変更後 養育者			
	変更後 健康保険	保険者番号						保険者名称			
		記号						番号			
		保険種別	1 国保   2 健保   3 船員   4 私学共済   5 国家公務員共済 6 地方公務員共済   7 国保組合								
	<input type="checkbox"/> 心身障害者の医療費助成 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等の医療費助成 <input type="checkbox"/> 生活保護   に該当										
その他											
変更日	年      月      日										

### **【保険情報の資格確認ができる書類】**

- ・保険証(有効なもの)
  - ・マイナンバーカードの健康保険証利用登録(「マイナ保険証」という)をしている場合は、マイナ保険証の掲示とともに、ご自身のスマートフォン等の端末によりマイナポータルにアクセスして、医療保険者の資格情報の画面もしくはデータを印字したものを提出
  - ・医療保険の保険者から交付された「資格確認書」または「資格情報のお知らせ」等
  - ・マイナンバーカード
- マイナ保険証で申請の場合は、保険情報が確認できてから審査します。