

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 6 年 4 月 1 日														
(宛先) 座間市長														
申請者 住 所 座間市 緑ヶ丘一丁目1番1号														
氏 名 座間 太郎														
電 話 046 (255) 1111														
小 児	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	生年月日	平成 令和	30 年	4 月	1 日	
	フリガナ名 氏 名	座間 一郎												
	個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	住 所	座間市 緑ヶ丘一丁目1番1号												
	受給者番号	1	2	3	4	5	6	8	生年月日	平成 令和	6 年	4 月	1 日	
	フリガナ名 氏 名	座間 二郎												
	個人番号	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
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。

変 更 事 項	① 住 所 2 氏 名 3 養育者変更 ④ 保険組合 5 他公費受給														
	旧住所	座間市 緑ヶ丘一丁目1番2号													
	新住所	座間市 緑ヶ丘一丁目1番1号													
	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	1234569						保険者名称	(社保)〇〇健康保険組合 (国保)座間市 等					
		記号	111						番号	222					
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	令和6年 4月 1日														

保険組合変更の場合は変更後の保険情報の資格確認ができる書類のコピーを添付してください。

【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。