

受付印
〒

子ども医療 資格事項（喪失）届 市外転出に限る

届出日：令和・西暦 年 月 日

岸和田市長 様

届出者 住 所：岸和田市 町

氏 名： 子との続柄(父・母・())

電 話： - -

次のとおり届け出ます。

子ども 医療	変 更 前		変 更 後 変更のある項目のみ記入してください	
	ふりがな 氏 名			生年月日
	受	給 者 番 号		
対 象 者 (子ども)			H・R・西暦 年 月 日	
			H・R・西暦 年 月 日	
			H・R・西暦 年 月 日	
			H・R・西暦 年 月 日	
住 所	岸和田市 町		()市・町・村()	
医療保険 加入状況	被保険者 組合員 世帯主	/	/	
	保険区分			
	資格取得日			
	保険者			
届出事由	<input checked="" type="checkbox"/> 転出 (転出予定日 R・西暦 . .) (実定日 R・西暦 . .)			
喪失年月日	R 年 月 日			

(確認事項) 届出者本人確認書類【免・マイ・パス・手帳・在留・()】

受 付	システム 入 力	確 認
〒		

回収入力 書換入力
 年次抜取済

- 医療証の有効期限は「他市町村の住民となる日の前日」までです。

<注意事項>

- 1 「喪失届」と「有効期限が過ぎた子ども医療証」を子育て支援課へ郵送してください。
- 2 有効期限後に医療機関等を受診する際は、「岸和田市の子ども医療の資格を喪失した」旨お伝えください。
- 3 有効期限後に子ども医療証を使用した場合、返還金が発生します。
有効期限後に岸和田市の医療証を使って医療機関等を受診された場合は、医療・療育担当にお申し出ください。
- 4 転出先の市町村で子ども医療証申請手続きを行ってください(子ども医療は市町村により制度の内容が異なります。転出先で制度の内容や申請に必要な書類等をご確認下さい。)

(問合先)

岸和田市 子ども家庭応援部 子育て支援課 医療・療育担当 TEL 072-423-9623(直通)