

記入例

受付印

子ども医療 資格事項(変更)届
保険変更に限る

〒・電

保険変更以外の変更は郵送受付
できません。

子育て支援課またはサービスセ
ンター（支所含む）でお手続き
が必要です。

届出日：令和・西暦 年 月 日

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 受給者番号	生年月日	
対象者 (子ども)	きしわだ いちろう 岸和田 一郎	Ⓜ・R・西暦 25年 1 月 1 日	
	きしわだ じろう " 二郎	Ⓜ・R・西暦 26年 2 月 1 日	
	きしわだ さぶろう " 三郎	Ⓜ・R・西暦 27年 3 月 1 日	
	きしわだ しろう " 四郎	Ⓜ・R・西暦 28年 4 月 1 日	

住所

医療保険
加入状況

に必要事項を記入の上、『児童の健康保険
証（対象児童全員分）の写し』と『届出者の本人確認書
類（写し）』を一緒にお送りください。
お持ちの医療証はそのままお使い頂けます（差替は
おこないません）。

届出事由

保険変更（資格取得日 R・西暦 年 月 日）

システム入力

(確認事項)

- 届出者本人確認書類【免・マイ・パス・手帳・在留・（ ）】
- 子ども医療証 子の健康保険証(保険変更の場合のみ)

受付	回収 入力	確認