

# 高槻市子ども医療費受給者資格変更(喪失)届

(宛先) 高槻市長

令和 XX 年 XX 月 XX 日

住所 高槻市 桃園町2番1号

届出者 氏名 高槻 太郎

電話 072-XXX-XXXX

受給者番号						受給者氏名		生年月日	
6	X	X	X	X	X	高槻 花子		平成 <u>XX</u> 年 <u>X</u> 月 <u>X</u> 日	

新たな医療保険証の内容を記入  
いただくか、保険証のコピーを添  
付して下さい。

下記のとおり受給資格に変更があったので、届け出ます。

資	医療保険の変更(種別)	保険種別	1国保 2国保組合 <b>3協会</b> 4組合 5共済 6その他( )	
		記号・番号	記号 <u>XXXXXXXXXX</u> 番号 <u>XXX</u>	
		被保険者氏名	<u>高槻 太郎</u>	
		被保険者住所	<input checked="" type="checkbox"/> 届出者と同じ	
		保険者番号	<u>X</u> <u>X</u> <u>X</u> <u>X</u> <u>X</u> <u>X</u> <u>X</u> <u>X</u>	
資	氏名・住所の変更	保険者名称	( )健康保険組合 全国健康保険協会( ●● ) ( )	
		変更日(資格取得日)	<u>平成 XX</u> 年 <u>XX</u> 月 <u>XX</u> 日	
		新	旧	

氏名・住所が変更になった  
場合は、旧内容及び新内  
容を記入してください。ま  
た、医療証を子ども育成課  
まで送付してください。

お子様の保険証に記載されて  
いる被保険者氏名(お子様を  
扶養している方の氏名)を記載  
してください。

認定日、加入日、  
給付開始日のいづ  
れかを記入してく  
ださい。

生計中心者の変更 父→母 母→父 その他( )

生計中心者が変更した場合は、記入してください

下記の理由で資格を喪失しました。

資 格 喪 失 事 由	1. 市外に転出した。(転出先
	2. 生活保護を受けるようになった。
	3. 高槻市重度障がい者の医療費助成を受ける
	4. 高槻市ひとり親家庭の医療費助成を受ける。
	5. その他( )
該当年月日	

医療保険の変更の場合は、子ども医療証はそのままお使いいただけます。  
**資格を喪失した場合は、必ず医療証を返却してください。**紛失した場合は、欄外に「医療証紛失」と記載してください。

(注) 喪失の場合は、医療証を添えて届出ください。