

例 1：住所変更の場合

様式第7（第9条関係）

子ども医療費受給資格内容変更届

安城市長

注意1 太枠の中のみ記入してください。

2 □のところは、該当するものにレ印を付けてください。

届出日 令和〇年×月△日

例2：保険変更の場合

様式第7（第9条関係）

子ども医療費受給資格内容変更届

安城市長

注意1 太枠の中のみ記入してください。

2 □のところは、該当するものにレ印を付けて
ください。

届出日	令和〇年×月△日
-----	----------

届出者 (保護者)	住 所	安城市桜町18番23号																
	氏 名	安城 太郎		電 話 0566-71-2232														
区 分		変 更 後		変 更 前														
受 給 者 番 号		313××××××																
子 ど も	住 所																	
	氏 名	安城 花子																
保 護 者	住 所	□ 届出者に同じ。																
	氏 名	□ 届出者に同じ。																
医療保険の加入状況	記号・番号	例1)記号1234 番号5678(社会保険の場合) 例2)番号98765432(国民健康保険の場合)																
	保 險 者	名 称	例1)〇〇健康保険組合(社会保険の場合) 例2)安城市(国民健康保険の場合)															
		コード	1	2	3	4	5	6	7	8								
	所在地																	
	被 保 險 者	住 所	☑ 届出者に同じ。															
氏 名		☑ 届出者に同じ。																
理 由	□ 氏名の変更 □ 保護者の変更 □ 転居 ☑ 加入保険の変更 □ その他 ()																	
	理由発生年月日 令和3年 4月 1日																	

例3：保護者変更の場合

様式第7（第9条関係）

子ども医療費受給資格内容変更届

安城市長

注意1 太枠の中のみ記入してください。

2 □のところは、該当するものにレ印を付けてください。

届出日 令和〇年×月△日

届出者 (保護者)	住 所	安城市桜町18番23号											
	氏 名	安城 太郎			電 話	0566-71-2232							
区 分		変 更 後			変 更 前								
受 給 者 番 号		313×××××××											
子 ど も	住 所												
	氏 名	安城 花子											
保 護 者	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 届出者に同じ。											
	氏 名	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ。 安城 夕子											
医療保険の加入状況	記 号 ・ 番 号												
	保 險 者	名 称											
		コ ー ド	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	
		所 在 地											
	被 保 險 者	住 所	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ。										
		氏 名	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ。										
理 由	<input type="checkbox"/> 氏名の変更		<input checked="" type="checkbox"/> 保護者の変更		<input type="checkbox"/> 転居								
	<input type="checkbox"/> 加入保険の変更		<input type="checkbox"/> その他 ()										
	理由発生年月日						令和3年 4月 1日						