※個人番号・受給者番号は空欄でもかまいません
※被保険者が変更する場合は別の申請が必要です

受付者

こども医療費受給資格（変更・喪失）届

個人番号／受給者番号	対象子ども氏名	性別	生年月日
－　－	フリガナ 対象こども氏名	男・女	年　月　日

個人番号／受給者番号	対象子ども氏名	性別	生年月日
－　－	フリガナ	男・女	年　月　日

変更事由	変更の内容			変更年月日
□氏名	フリガナ 氏名		受給者との続柄	年　月　日
□住所	住所	和歌山市 （方書）		年　月　日
☑医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄	年　月　日 （認定年月日）
	住所	保険内容の記入はせずに対象のお子様全員分の保険証のコピーを同封してください		
	記号番号			
	保険者番号			
	保険者名			
□その他				年　月　日

喪失の内容（対象子ども）	
□ 死亡 □ 転出　（　　へ転出） □ 生保開始	□ 保険喪失 □ その他（　　）
喪失年月日	年　月　日

上記のとおり関係書類を添えて届出します。

令和　年　月　日
記入日

住所　和歌山市　記入者住所

氏名　記入者名

（宛先）　和歌山市長

電話　日中かかりやすい番号