※個人番号・受給者番号は空欄でもかまいません
※住民票地にお子様宛で医療証を送付します

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 変更前氏名	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	変更後氏名	受給者との続柄 ↑	年　月　日 （異動年月日）
□住所	住　所	和歌山市　こどもから見た続柄（父・母・本人等） （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
	住　所			
	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