

子ども福祉医療費承認内容変更届

令和 6 年 4 月 1 日

(宛先) 秋田市長

届出者 住所 〒010-8560 秋田市山王一丁目1番1号  
氏名 秋田 一郎  
連絡先 090-0000-0000

次のとおり変更がありましたので届出します。

子ども	氏名	生年月日	受給者番号					
	秋田太郎	令和2年3月13日	6	0	0	0	0	0

変更内容 (☑)	変更前	変更後
<input type="checkbox"/> 変更後の健康保険	該当するものいずれかに☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 健康保険加入情報がわかるものを添付して届出する 資格確認書、資格情報のお知らせ等の写しを添付してください <input type="checkbox"/> マイナ保険証のため、マイナンバー制度の情報連携による確認に同意する	
<input type="checkbox"/> 保護者等 (続柄: ) 住所	変更前の住所を記入	<input type="checkbox"/> 届出者住所と同じ
<input type="checkbox"/> 受給者 (子ども) 住所	<input type="checkbox"/> 上記と同じ	<input type="checkbox"/> 上記と同じ
<input type="checkbox"/> フリガナ 保護者等 (続柄: ) 氏名		
<input type="checkbox"/> フリガナ 受給者 (子ども) 氏名		

変更する内容を  
チェック☑してください。

- ・健康保険情報の変更
- ・住所の変更
- ・氏名の変更

変更する内容を記入してください。

- ・健康保険情報の変更  
→子どもの加入する健康保険情報がわかるもの(資格確認書、資格情報のお知らせなど)の写しを添付  
又は、マイナンバー制度の情報連携による確認に同意
- ・住所・氏名の変更  
→該当する欄へ記入  
※保護者等に変更がある場合は、子どもから見た続柄(父、母等)を記載してください。