

世帯変更

(項)

子ども医療費助成資格登録変更届

提出日を記入
してください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

君津市長 様

子ども医療費の助成資格の登録内容に変更がありましたので、下記のとおり届け出ます。

記

変更内容 住所 氏名 加入医療保険 世帯

(保護者) 届出者	住所	君津市久保2-13-1		電話番号	56-1128		
	フリガナ	キミツ タロウ	生年月日	昭和62年	10月	15日	
	氏名	君津 太郎 (続柄 父)	個人番号	*****		性別	男 女
子ども	住所	同上					
	フリガナ	キミツ タイチ	生年月日	平成31年	4月	1日	
	氏名	君津 太一	個人番号	*****		性別	男 女
	フリガナ	キミツ イチカ	生年月日	令和3年	3月	25日	
	氏名	君津 一花	個人番号	*****		性別	男 女
	フリガナ		生年月日	年	月	日	
氏名		個人番号			性別	男 女	

加入医療保険	1 国保	2 社保	3 国保組合	4 その他
--------	------	------	--------	-------

※写しを添付

	氏名	続柄	個人番号
1	君津 太郎	父	
2	” 太一	本人	
3	” 一花	本人	
4			
5			
6	一緒に住んでいる方全員のお名前を記入してください。		
7			
8			

同意書

高額療養費について君津市が過払いとなっている場合は、保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を君津市へ支払います。また、君津市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市と保険者で負担相当額について相殺することに同意します。また、家族療養費附加給付金又は独立行政法人日本スポーツ振興センター法における災害共済給付金を保険者から受領した場合は、当該相当額を君津市へ支払います。

私の
年度分

子の保護者の署名を
お願いします。
お子さんが高校生年齢の場合は
不要です。

保護者氏名 君津 太郎 ㊟
は(前年度分) から子どもが15歳に達する日を含む
確認することに同意します。

保護者氏名 君津 太郎 ㊟
保護者氏名 ㊟

提出日を記入
してください。

住所・氏変更

子ども医療費助成資格登録変更届

令和〇〇年〇〇月〇〇日

君津市長 様

子ども医療費の助成資格の登録内容に変更がありましたので、下記のとおり届け出ます。

記

変更内容 住所 氏名 加入医療保険 世帯

Table with columns for (届出者) and (子ども), including fields for 住所 (Address), フリガナ (Kana), 氏名 (Name), 生年月日 (Date of Birth), 電話番号 (Phone Number), 個人番号 (Personal Number), and 性別 (Gender).

加入医療保険 1 国保 2 社保 3 国保組合 4 その他

※写しを添付

Table for 世帯 (Household) with columns for 氏名 (Name), 続柄 (Relationship), and 個人番号 (Personal Number). Includes a section for 同意書 (Consent) regarding high medical care fees.

保険証変更

子ども医療費助成資格登録変更届

提出日を記入
してください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

君津市長 様

子ども医療費の助成資格の登録内容に変更がありましたので、下記のとおり届け出ます。

記

変更内容 住所 氏名 加入医療保険 世帯

(保護者) 届出者	住所	君津市久保2-13-1		電話番号 56-1128	
	フリガナ	キミツ タロウ	生年月日	昭和 62年 10月 15日	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	氏名	君津 太郎 (続柄 父)	個人番号	* * * * * * * * * * * *	
子ども	住所	同上			
	フリガナ	キミツ タイチ	生年月日	平成 31年 4月 1日	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	氏名	君津 太一	個人番号	* * * * * * * * * * * *	
	フリガナ	キミツ イチカ	生年月日	令和 3年 3月 25日	性別 <input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女
	氏名	君津 一花	個人番号	* * * * * * * * * * * *	
	フリガナ		生年月日	年 月 日	性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
氏名		個人番号			

加入医療保険	1 国保 <input checked="" type="radio"/> 2 社保 <input type="radio"/> 3 国保組合 <input type="radio"/> 4 その他 <input type="radio"/>
--------	---

※写しを添付

世帯	氏名	続柄	個人番号
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8		

同意書

高額療養費について君津市が過払いとなっている場合は、保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を君津市へ支払います。また、君津市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、市と保険者で負担相当額について相殺することに同意します。また、家族療養費附加給付金又は独立行政法人日本スポーツ振興センター法における災害共済給付金を保険者から受領した場合は、当該相当額を君津市へ支払います。

保護者氏名 ㊦

私の本年度分（4月及び5月の申請にあっては前年度分）から子どもが15歳に達する日を含む年度分までの市町村民税額を公簿等により確認することに同意します。

保護者氏名 ㊦

保護者氏名 ㊦