

(提出先)  
平塚市長

記入例

令和 年 月 日

届出者	氏名	平塚 市郎		電話	090-1111-1111
	住所	平塚市浅間町1-9 ハイッ湘南202号		小児との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ( )
小児	氏名	平塚 海斗	受給者番号		
	生年月日	平成 <b>令和</b> 〇年〇月〇日	コード		
	氏名		受給者番号		
	生年月日	平成・令和 年 月 日	コード		
	氏名		受給者番号		
	生年月日	平成・令和 年 月 日	コード		
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			
変更事項					
<input type="checkbox"/> 健康保険 ( <input type="checkbox"/> 国保→社保 )					
<input checked="" type="checkbox"/> 保護者					
<input type="checkbox"/> 配偶者 ( <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 )					
<input type="checkbox"/> その他 ( )					
「変更前」氏名等 平塚 花子 <input type="checkbox"/> 同上					
「変更後」氏名等 平塚 市郎					
※健康保険変更の場合 <input type="checkbox"/> 別添のとおり					
保険者番号 _____					
被保険者等氏名 _____					
記号・番号・枝番 _____					
資格取得日 年 月 日					
変更年月日 令和 年 月 日					
同意書					
小児医療証交付申請に伴い、私に関する情報を公簿等により確認することに同意します。					
フリガナ ヒラツカ イチロウ					
氏名 平塚 市郎 生年月日 昭和51年 1月 1日					
(市外の場合) 住所 個人番号					
備考					
受付	変更理由		<input type="checkbox"/> 生計中心者変更		処理年月日
	<input type="checkbox"/> 離婚(前提) 年 月 日		<input type="checkbox"/> 入籍 年 月 日		
	世帯分離・別居 年 月 日		<input type="checkbox"/> 縁組 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 海外転入 年 月 日		<input type="checkbox"/> 海外転出 年 月 日		

小児医療費助成事業 医療証交付申請事項変更届

(提出先)  
平塚市長

令和 年 月 日

届出者	氏名			電話	-	-
	住所			小児との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
小児	氏名			受給者番号		
	生年月日	平成・令和	年 月 日	コード		
	氏名			受給者番号		
	生年月日	平成・令和	年 月 日	コード		
	氏名			受給者番号		
	生年月日	平成・令和	年 月 日	コード		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
変更事項 <input type="checkbox"/> 健康保険 ( <input type="checkbox"/> 国保→社保 ) <input type="checkbox"/> 健康保険 ( <input type="checkbox"/> 社保→国保 ) <input type="checkbox"/> 健康保険 ( <input type="checkbox"/> 社保→社保 ) <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 配偶者 ( <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )						
「変更前」氏名等 _____				<input type="checkbox"/> 同上		
「変更後」氏名等 _____						
※健康保険変更の場合 保険者番号 _____ 被保険者等氏名 _____ 記号・番号・枝番 _____ 資格取得日 _____年 月 日				<input type="checkbox"/> 別添のとおり		
変更年月日		令和	年	月	日	
同意書 小児医療証交付申請に伴い、私に関する情報を公簿等により確認することに同意します。 フリガナ 氏名 _____ 生年月日 _____年 月 日 (市外の場合) 住所 _____ 個人番号 _____						
備考						
受付	変更理由		<input type="checkbox"/> 生計中心者変更		処理年月日 . .	
	<input type="checkbox"/> 離婚(前提) 年 月 日		<input type="checkbox"/> 入籍 年 月 日			
	世帯分離・別居 年 月 日		<input type="checkbox"/> 縁組 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 海外転入 年 月 日		<input type="checkbox"/> 海外転出 年 月 日			