

子ども医療費受給者異動届

(宛先) 京 都 市 長	年 月 日
届出者の住所 京都市 区	届出者の氏名
(電話) - (携帯) - -	子どもとの続柄 ()

京都市子ども医療費支給条例第8条第1項の規定により次のとおり届け出ます。

(受給者 保護者)	住所 <small>(変更の場合、 変更後の住所)</small>	□届出者と同じ	電話	-
	フリガナ			
	氏名 <small>(変更の場合、 変更後の氏名)</small>	□届出者と同じ	受給者番号	
		子どもとの続柄 ()		

子 ど も	住所 <small>(変更の場合、 変更後の住所)</small>	□届出者と同じ		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名 <small>(変更の場合、 変更後の住所)</small>			

異動の内容	<input type="checkbox"/> 氏名が変わった <input type="checkbox"/> 住所が変わった（同一区内・他区・市外） <input type="checkbox"/> 保護者が変わった <input type="checkbox"/> 子どもの加入医療保険に変更があった <input type="checkbox"/> 生活保護を受給した <input type="checkbox"/> 京都市重度心身障害者医療を受給した <input type="checkbox"/> 京都市ひとり親家庭等医療を受給した <input type="checkbox"/> 子どもが亡くなった <input type="checkbox"/> その他 ()
-------	---

異動年月日	年 月 日
-------	-------

子 ど も の 加 入 医 療 保 険	被保険者の住所	□届出者と同じ	電話	-
	被保険者の氏名	□届出者と同じ	子どもの 資格取得年月日	年 月 日
	証記号・ 番号		保険者番号	
	証発行機関 の名称		電話	-
	□加入医療保険の詳細は別紙のとおり			

付加給付等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容) <small>※国、地方公共団体又は独立行政法人の負担による医療の給付がある場合、「有」にチェックして給付の内容を記入してください。</small>
-------	---

- 注1 該当する□には、レ印を記入してください。
 2 「加入医療保険」の欄において、保険の種類により「被保険者」は、加入者、組合員又は世帯主に読み替えるものとします。
 3 加入医療保険に変更がある場合、保険証のコピーを添付するか裏面に貼ってください。

※下欄は記入しないでください。

確 認 欄	□ 住民基本台帳	□ 他制度該当(生保・障害・ひとり親・その他)	□ 受給者台帳
審 査 欄	資格喪失年月日	受給者証回収年月日	喪失事由
	年 月 日	年 月 日	1:年齢到達 2:市外転出 3:医療保険喪失 4:生活保護開始 5:障害者医療取得 6:ひとり親家庭等医療取得 7:死亡 9:その他 ()
	証返却勸奨通知書送付年月日	受給者証回収事由	
	年 月 日	① 窓 口 ② 郵 送 ③ 亡 失	④ 書 損 ⑤ 未 交 付
異 動 欄	異動年月日	旧受給者証回収年月日	異動事由
	年 月 日	年 月 日	1:市内異動 2:氏名変更 3:保護者変更 9:その他 ()
	新受給者証交付年月日	旧受給者証回収事由	
	年 月 日	① 窓 口 ② 郵 送 ③ 亡 失	④ 書 損 ⑤ 未 交 付
			13:加入医療保険変更