

記入例

様式第6号（第10条関係）

受給資格者		こども医療費受給資格内容等変更（喪失）届		
受給者番号	2412345・2313456			
氏名	坂戸 太郎			
住所	坂戸市千代田1-1-1 坂千アパート201			
こどもの氏名	坂戸 桜太 坂戸 さくら	こどもの生年月日	H17年 3月 4日 H23年 4月 15日	
変更事項	新			
	住所		住所	
	氏名		氏名	
	加入保険	保険者番号	0613254	加入保険
		記号番号	123 456	記号番号
		名称	さかどグループ	名称
		所在地	※所在地は空欄で結構です	所在地
	被保険者	坂戸 太郎	被保険者	
重度心身障害者医療費受給資格	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
変更年月日	R2年 1月25日			
喪失理由（ ）				
喪失理由発生年月日 年 月 日				
上記のとおり変更（喪失）したので届け出ます。				
R〇X年X月△日				
坂戸市長 あて				
届出人 住所 坂戸市千代田1-1-1 坂千アパート201 氏名 坂戸 太郎				

こども医療費受給資格証
(ピンクのハガキ位の大きさ)
にある番号、保護者の氏名
等を記入してください。

健康保険 記号 123 番号 456
氏名 坂戸 さくら
生年月日 平成23年4月15日
資格取得年月日 令和2年1月25日
被保険者名 坂戸 太郎
保険者番号 0613254
保険者名称 さかどグループ健康保険組合
保険者住所 埼玉県坂戸市千代田1-1-1
さかどグループビル5階

※名称欄について※
“全国健康保険協会”加入者は略称
(協会けんぽ〇〇支部)でも可

新しいお子様の保険証の写し
を添付してください

入力済