

内容変更届 兼 再交付申請書

(子ども政策課 医療費用)

	こども医療費				ひとり親家庭医療費
受給者番号				受給者番号	
子ども氏名				受給者名	
子ども生年月日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	受給者日	S・H・R 年 月 日

1. 健康保険証・振込口座の変更

変更後の健康保険証 または 3. 再交付申請時の健康保険証	変更年月日	平成・令和 年 月 日			
	被保険者氏名				
	記号番号	記号	番号		
	保険者番号				
	保険者名称	<input type="checkbox"/> 宇都宮市国民健康保険 <input type="checkbox"/> ()健康保険組合・共済組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 ()支部 <input type="checkbox"/> ()			
変更後の振込口座	金融機関名				
	支店名		支店番号		
	口座番号(普通)				
	口座名義(カタカナ)				

2. こども医療費受給資格者証の内容変更

(※ひとり親家庭医療費は別紙様式にて市役所2階子ども政策課へ届出をしてください。)

保護者名の変更	⇒ (S・H・R 年 月 日生)	こどもとの続柄	
住所の変更	(新住所) 宇都宮市		
名字の変更	(旧)	⇒ (新)	

3. 受給資格者証の再交付申請

(※ひとり親家庭医療費は市役所2階子ども政策課へ届出をしてください。)

※上記1の項目欄に、加入されている健康保険証の内容もご記入ください。

〔 こども ・ ひとり親家庭 〕 医療費受給資格者証を、〔 紛失 ・ 汚損 〕 したので、再交付を申請します。

上記のとおり届出(申請)します。		令和 年 月 日
(あて先)宇都宮市長		
申請者住所	宇都宮市	
申請者氏名		
電話番号	-	

事務処理欄

受付者	入力者	交付者	確認者	【提出先】 市役所2階子ども政策課 ・ 各地区市民センター ・ 各出張所
				【送付先】 子ども政策課 〒320-8540 宇都宮市旭1丁目1番5号 市役所2階
				【問い合わせ先】 こども医療費:子ども給付グループ TEL 028-632-2387
				ひとり親家庭医療費:自立支援グループ TEL 028-632-2386