

受給者 番号	子ども①								
	子ども②								
	子ども③								
	子ども④								

子ども医療費助成 登録事項変更届

仙台市 _____ 区長 宛

申請日	令和 年 月 日	子どもとの続柄
届出者氏名		父・母 その他()
電話番号	- -	

仙台市子ども医療費の助成に関する規則及び実施要領の内容に同意し、変更届を提出します。また、受給者・配偶者の必要な公簿(住民基本台帳、課税台帳、地方税関係情報、加入健康保険情報等)の情報を仙台市の関係職員が閲覧すること、取得することに同意します。

※同意しない場合、前に掲げた文を二重線で消してください。その場合、別途書類の提出が必要になる場合があります。

■「変更事由等」・「現在の受給者」・「対象となる子ども」について、必要事項を記入及び☑してください。

変更 事由等	事由発生日	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 子どもの市内転居(□区内 □区間 →)	
	<input type="checkbox"/> 子どもの健康保険の変更(保険扶養者変更なし)	
	<input type="checkbox"/> 子どもの健康保険の変更(保険扶養者変更あり【受給者変更】)	
	<input type="checkbox"/> 配偶者情報の変更	
	<input type="checkbox"/> 振込口座の変更	
	<input type="checkbox"/> 氏の変更(□子ども・□受給者)	
	<input type="checkbox"/> 受給者・配偶者の転出入(□転入・□転出)	
<input type="checkbox"/> その他の事由()		

現在の 受給者	氏名	生年月日
	フリガナ	昭・平 年
		月 日

- 【添付書類】
- ・子どもの健康保険の変更
→子どもの加入健康保険が分かるもののコピー(次のいずれか)
 - ・資格確認書
 - ・資格情報のお知らせ(受給者分も必要)
 - ・マイナポータルの資格情報を印刷したもの
 - ・振込口座の変更 → 口座の分かるもののコピー

対象 となる 子ども	氏名	生年月日	氏名	生年月日
	子ども①	フリガナ 平・令 年 月 日	子ども③	フリガナ 平・令 年 月 日
	子ども②	フリガナ 平・令 年 月 日	子ども④	フリガナ 平・令 年 月 日

■以下については、変更となる登録事項の該当部分のみ記入してください。

子どもの 市内転居	転居後の住所	仙台市 _____ 区					
受給者 変更 ・ 配偶者 情報の 変更	氏名	フリガナ	生年月日	昭・平 年 月 日	変更 事由	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 縁組 <input type="checkbox"/> その他	
	住所	仙台市 _____ 区					
住所 と 個人 番号	住所	本年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他 →	都・道 府・県	市・区 町・村	個人 番号	
	個人番号	前年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他 →	都・道 府・県	市・区 町・村	本年1月1日の住所地または前年1月1日の住所地が「その他」の場合のみ記入	
振込口座 の変更	<input type="checkbox"/> 添付書類のとおり(二重枠内の記入を省略する) ←必ず「受給者の口座が確認できるもののコピー」を添付してください。						
	受給者の振込口座	金融機関名称	銀行・金庫 組合・農協				本店 支店
その他	変更前						変更後

【仙台市記入欄】

不備書類等	個人番号	他制度の該当	特記事項	受付	受付印
<input type="checkbox"/> 保険情報 <input type="checkbox"/> 口座 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 番号確認 <input type="checkbox"/> 本人確認	有・無 児童手当 有・無 母子父子医療 有・無 児童扶養手当 有・無 特児手当		<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 担当	
健康保険変更日	証回収			受給者証交付	
① 平・令 年 月 日 ② 平・令 年 月 日 ③ 平・令 年 月 日 ④ 平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 済 / (子ども ① ② ③ ④) <input type="checkbox"/> 返送依頼 <input type="checkbox"/> その他			交付方法 通知日 <input type="checkbox"/> 郵送 令和 年 <input type="checkbox"/> 窓口 月 日 <input type="checkbox"/> 不要	・申請入力 / ・決定入力 /

「市外在住かつ健康保険情報を情報照会する方」、「申請書の個人番号欄に記入がある方」は番号確認・本人確認が必要