要綱第6号様式（規則第9条関係）

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 （電話）　　－　　（携帯）　　－　　－	届出者の氏名 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（変更の場合、変更後の住所）	□届出者に同じ 電話　　－		
	フリガナ		受給者番号	
	氏名（変更の場合、変更後の氏名）	□届出者に同じ 子どもとの続柄（　　）		
子ども	住所（変更の場合、変更後の住所）	□届出者に同じ		
	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏名（変更の場合、変更後の氏名）			
異動の内容		□氏名が変わった □住所が変わった（同一区内・他区・市外） □保護者が変わった □子どもの加入医療保険に変更があった □生活保護を受給した □京都市重度心身障害者医療を受給した □京都市ひとり親家庭等医療を受給した □子どもが亡くなった □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	□届出者に同じ 電話　　－		
	被保険者の氏名	□届出者に同じ 子どもとの続柄（　　）	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		□無　　□有（内容　　） ※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。		

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　お子さんの保険資格情報が分かる資料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	□ 喪失	資格喪失年月日	受給者証回収年月日	喪失事由
		令和　　年　　月　　日	令和　　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（　　）
		証返却勧奨通知書送付年月日	受給者証回収事由	
		令和　　年　　月　　日	① 窓口　② 郵送　③ 亡失　④ 書損　⑤ 未交付	
	□ 異動	異動年月日	旧受給者証回収年月日	異動事由
		令和　　年　　月　　日	令和　　年　　月　　日	1:市内異動 2:氏名変更 3:保護者変更 9:その他（　　） 13:加入医療保険変更
		新受給者証交付年月日	旧受給者証回収事由	
		令和　　年　　月　　日	① 窓口　② 郵送　③ 亡失　④ 書損　⑤ 未交付	