

窓口確認欄		
<input type="checkbox"/> 保護者:こどもの保険証の写し・金融機関の記入・受給資格者証の回収		
<input type="checkbox"/> 加入保険:こどもの保険証の写し		
<input type="checkbox"/> 受給資格者証送付先( <input type="checkbox"/> 保護者の住所 <input type="checkbox"/> こどもの住所 )		
<input type="checkbox"/> 喪失:受給資格者証の回収		
-----		
窓口発行済み	/	郵送済み      /      未発行(                      )

保護者の本人確認およびこどもの健康保険加入状況確認のため  
保護者とこどもの健康保険情報のわかるものを貼付してください。

例) 資格確認書、資格情報のお知らせ、  
マイナポータルの健康保険情報、健康保険証、資格取得証明書

別紙2

受給者変更

第11号様式(第16条、第17条関係)

こども医療費受給資格等変更・喪失届											
受給資格者証番号		こども氏名		生年月日		備考					
受給資格者証に記載される7桁の番号		郡山 がくと (こどもの名前)		令和 6 年 5 月 1 日							
				年 月 日							
				年 月 日							
変更事項	変更事由		1 住所 2 受給者 3 氏名 4 加入保険 5 金融機関 6 喪失(転出・その他)								
			新				旧				
	住所		郡山市				郡山市				
	受給者(氏名)		郡山 花子				郡山 太郎				
	個人番号 (市外・県外は必須)		市内は省略可								
	加入保険	被保険者名		郡山 花子							
		記号番号		1111111 23 01							
		保険者番号		01070010							
		保険者名		郡山支部							
	振込希望金融機関	金融機関名及びコード		東邦		0 1 2 6					
		支店名及びコード		郡山北		2 2 0					
		口座番号		1234567							
		口座名義(カナ)		コオリヤマ ハナコ							
	変更・喪失年月日		令和 7 年 3 月 1 日				新しい保険の資格取得日				
	上記のとおり変更が生じたので届け出ます。 なお、助成金の支給等のため、所得・課税状況を調査することに同意します。										
郡山市長		受給者の生年月日 住所 1月1日現在の住所				令和 7 年 4 月 4 日					
				申請者氏名		郡山 花子					
				電話番号		090 ( 1234 ) 5678					
※(受給者以外でも可)(日中連絡先)											

窓口確認欄	
<input checked="" type="checkbox"/> 保護者:こどもの保険証の写し・金融機関の記入・受給資格者証の回収	
<input type="checkbox"/> 加入保険:こどもの保険証の写し	
<input checked="" type="checkbox"/> 受給資格者証送付先( <input checked="" type="checkbox"/> 保護者の住所 <input type="checkbox"/> こどもの住所)	
<input type="checkbox"/> 喪失:受給資格者証の回収	
.....	
窓口発行済み 4/4 郵送済み / 未発行(未発行の理由) ※原則窓口発行	

別紙3

第11号様式(第16条、第17条関係)

加入保険変更

こども医療費受給資格等変更・喪失届										
受給資格者証番号		こども氏名		生年月日		備考				
受給資格者証に記載される7桁の番号		郡山 がくと (こどもの名前)		令和 6 年 5 月 1 日						
				年 月 日						
				年 月 日						
変更事項	変更事由		1 住所    2 受給者    3 氏名    ④ 加入保険    5 金融機関    6 喪失(転出・その他)							
			新				旧			
	住所		郡山市				郡山市			
	受給者(氏名)									
	個人番号 (市外・県外は必須)									
	加入保険	被保険者名	郡山 太郎							
		記号番号	1111111 23 01							
		保険者番号	01070010							
		保険者名	郡山支部							
	振込希望金融機関	金融機関名及びコード								
		支店名及びコード								
		口座番号								
		口座名義(カナ)								
	変更・喪失年月日		令和 7 年 3 月 1 日				新しい保険の資格取得日			
	上記のとおり変更が生じたので届け出ます。 なお、助成金の支給等のため、所得・課税状況を調査することに同意します。									
令和 7 年 4 月 4 日										
郡山市長										
申請者氏名                      郡山 太郎										
電話番号                      090 ( 1234 ) 5678										
※(受給者以外でも可) (日中連絡先)										

窓口確認欄		
<input type="checkbox"/> 保護者:こどもの保険証の写し・金融機関の記入・受給資格者証の回収		
<input checked="" type="checkbox"/> 加入保険:こどもの保険証の写し    ④ マイナポータル		
<input type="checkbox"/> 受給資格者証送付先(□保護者の住所 □こどもの住所)		
<input type="checkbox"/> 喪失:受給資格者証の回収		
.....		
窓口発行済み    /    郵送済み    /    未発行(                      )		

別紙4

第11号様式(第16条、第17条関係)

金融機関変更

こども医療費受給資格等変更・喪失届										
受給資格者証番号		こども氏名		生年月日			備考			
受給資格者証に記載される7桁の番号		郡山 がくと (こどもの名前)		令和 6 年 5 月 1 日						
				年 月 日						
				年 月 日						
変更事項	変更事由		1 住所    2 受給者    3 氏名    4 加入保険    5 金融機関    6 喪失(転出・その他)							
			新				旧			
	住所		郡山市				郡山市			
	受給者(氏名)									
	個人番号 (市外・県外は必須)									
	加入保険	被保険者名								
		記号番号								
		保険者番号								
		保険者名								
	振込希望金融機関	金融機関名及びコード	東邦	0	1	2	6			
		支店名及びコード	郡山北	2	2	0				
		口座番号	1234567							
		口座名義(カナ)	コオリヤマ タロウ							
	変更・喪失年月日		令和 7 年 3 月 1 日						申請日	
	上記のとおり変更が生じたので届け出ます。 なお、助成金の支給等のため、所得・課税状況を調査することに同意します。									
令和 7 年 4 月 4 日										
郡山市長										
申請者氏名                      郡山 太郎										
電話番号                      090    (    1234    )    5678										
※(受給者以外でも可) (日中連絡先)										

窓口確認欄		
<input type="checkbox"/> 保護者:こどもの保険証の写し・金融機関の記入・受給資格者証の回収		
<input type="checkbox"/> 加入保険:こどもの保険証の写し		
<input type="checkbox"/> 受給資格者証送付先(□保護者の住所 □こどもの住所)		
<input type="checkbox"/> 喪失:受給資格者証の回収		
.....		
窓口発行済み    /    郵送済み    /    未発行(                      )		

第11号様式(第16条、第17条関係)

## こども医療費受給資格等変更・喪失届

受給資格者証番号	こども氏名	生年月日	備考
受給資格者証に記載される7桁の番号	郡山 がくと (こどもの名前)	令和 6 年 5 月 1 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

変更事項	変更事由		1 住所 2 受給者 3 氏名 4 加入保険 5 金融機関 6 喪失(転出・その他)					
			新			旧		
	住所		郡山市桑野一丁目2番3号			郡山市		
	受給者(氏名)							
	個人番号 (市外・県外は必須)							
	加入保険	被保険者名						
		記号番号						
		保険者番号						
		保険者名						
	振込希望金融機関	金融機関名及びコード						
		支店名及びコード						
		口座番号						
		口座名義(カナ)						
	変更・喪失年月日		令和 7 年 3 月 1 日			転居日		

上記のとおり変更が生じたので届け出ます。  
なお、助成金の支給等のため、所得・課税状況を調査することに同意します。

令和 7 年 4 月 4 日

郡山市長

申請者氏名 郡山 太郎

電話番号 090 ( 1234 ) 5678  
※(受給者以外でも可) (日中連絡先)

## 窓口確認欄

- ☐保護者:こどもの保険証の写し・金融機関の記入・受給資格者証の回収  
☐加入保険:こどもの保険証の写し  
☒受給資格者証送付先(☒保護者の住所 ☐こどもの住所)  
☐喪失:受給資格者証の回収

窓口発行済み 4/4 郵送済み / 未発行(未発行の理由) ※原則窓口発行

第11号様式(第16条、第17条関係)

こども医療費受給資格等変更・喪失届										
受給資格者証番号		こども氏名		生年月日			備考			
受給資格者証に記載される7桁の番号		郡山 がくと (こどもの名前)		令和 6 年 5 月 1 日						
		氏名は変更後の氏名		年 月 日						
				年 月 日						
変更事項	変更事由		1 住所    2 受給者    3 氏名    4 加入保険    5 金融機関    6 喪失(転出・その他)							
			新				旧			
	住所		郡山市			郡山市				
	受給者(氏名)		郡山 花子			福島 花子				
	個人番号 (市外・県外は必須)									
	加入保険	被保険者名								
		記号番号								
		保険者番号								
		保険者名								
	振込希望金融機関	金融機関名及びコード								
		支店名及びコード								
		口座番号								
		口座名義(カナ)	コオリヤマ ハナコ							
	変更・喪失年月日		令和 7 年 3 月 1 日					氏名変更日		
上記のとおり変更が生じたので届け出ます。 なお、助成金の支給等のため、所得・課税状況を調査することに同意します。										
令和 7 年 4 月 4 日										
郡山市長										
申請者氏名 郡山 花子										
電話番号 090 ( 1234 ) 5678										
※(受給者以外でも可) (日中連絡先)										

窓口確認欄	
<input type="checkbox"/> 保護者:こどもの保険証の写し・金融機関の記入・受給資格者証の回収	
<input type="checkbox"/> 加入保険:こどもの保険証の写し	
<input checked="" type="checkbox"/> 受給資格者証送付先( <input checked="" type="checkbox"/> 保護者の住所 <input type="checkbox"/> こどもの住所)	
<input type="checkbox"/> 喪失:受給資格者証の回収	
.....	
窓口発行済み    4/4    郵送済み    /    未発行( 未発行の理由 )	

別紙7

保護者の市外での住所変更

第11号様式(第16条、第17条関係)

こども医療費受給資格等変更・喪失届												
受給資格者証番号		こども氏名		生年月日			備考					
受給資格者証に記載される7桁の番号		郡山 がくと (こどもの名前)		令和 6 年 5 月 1 日								
				年 月 日								
				年 月 日								
変更事項	変更事由		0 住所    2 受給者    3 氏名    4 加入保険    5 金融機関    6 喪失(転出・その他)									
			新				旧					
	住所		郡山市 東京都大田区〇〇1丁目1-1				郡山市					
	受給者(氏名)											
	個人番号 (市外・県外は必須)											
	加入保険	被保険者名										
		記号番号										
		保険者番号										
		保険者名										
	振込希望金融機関	金融機関名及びコード			:	:	:			:	:	:
		支店名及びコード			:	:	:			:	:	:
		口座番号										
		口座名義(カナ)										
	変更・喪失年月日		令和 7 年 3 月 1 日							転居日		
	上記のとおり変更が生じたので届け出ます。 なお、助成金の支給等のため、所得・課税状況を調査することに同意します。											
令和 7 年 4 月 4 日												
郡山市長												
申請者氏名                      郡山 太郎												
電話番号                      090 ( 1234 ) 5678												
※(受給者以外でも可) (日中連絡先)												

窓口確認欄		
<input type="checkbox"/> 保護者:こどもの保険証の写し・金融機関の記入・受給資格者証の回収		
<input type="checkbox"/> 加入保険:こどもの保険証の写し		
<input type="checkbox"/> 受給資格者証送付先(□保護者の住所 □こどもの住所)		
<input type="checkbox"/> 喪失:受給資格者証の回収		
.....		
窓口発行済み    /    郵送済み    /    未発行(                      )		



第11号様式(第16条、第17条関係)

こども医療費受給資格等変更・喪失届										
受給資格者証番号		こども氏名		生年月日			備考			
受給資格者証に記載される7桁の番号		郡山 がくと (こどもの名前)		令和 6 年 5 月 1 日						
				年 月 日						
				年 月 日						
変更事項	変更事由		1 住所    2 受給者    3 氏名    4 加入保険    5 金融機関    6 喪失(転出・その他)							
			新				旧			
	住所		郡山市 東京都大田区〇〇1丁目1-1				郡山市			
	受給者(氏名)									
	個人番号 (市外・県外は必須)									
	加入保険	被保険者名								
		記号番号								
		保険者番号								
		保険者名								
	振込希望金融機関	金融機関名及びコード			:	:	:			
		支店名及びコード			:	:	:			
		口座番号								
		口座名義(カナ)								
	変更・喪失年月日		令和 7 年 3 月 1 日					<div>喪失日</div>		
	上記のとおり変更が生じたので届け出ます。 なお、助成金の支給等のため、所得・課税状況を調査することに同意します。									
令和 7 年 4 月 4 日										
郡山市長										
申請者氏名                      郡山 太郎										
電話番号                      090 ( 1234 ) 5678										
※(受給者以外でも可) (日中連絡先)										

窓口確認欄		
<input type="checkbox"/> 保護者:こどもの保険証の写し・金融機関の記入・受給資格者証の回収		
<input type="checkbox"/> 加入保険:こどもの保険証の写し		
<input type="checkbox"/> 受給資格者証送付先(□保護者の住所 □こどもの住所)		
<input checked="" type="checkbox"/> 喪失:受給資格者証の回収		
.....		
窓口発行済み    /    郵送済み    /    未発行(                      )		