

子ども医療費助成受給資格喪失届記載例

子ども医療費助成受給資格喪失届

お住まいの区、および申請書記入年月日をご記入ください。

(あて先)  
札幌市 中央 区長  
令和7年7月1日

下記のとおり届出します。

住所 札幌市 中央区北1条西2丁目  
保護者  
氏名 札幌 一郎  
(電話 999-9999-9999)

対象のお子さんの氏名をご記入ください。

※受給者番号

対象のお子さんの生年月日をご記入ください。

①(フリガナ) サッポロ タロウ  
氏名 札幌 太郎  
被保険者等との関係 被扶養者

お子さんの保護者(父、母、その他監護する者)の方の住所・氏名・日中連絡先電話番号をご記入ください。  
(氏名は必ず直筆でご記入ください)

対象のお子さんの住所をご記入ください。

②生年月日 令和6年4月1日  
③住所又は転出先住所 札幌市中央区北1条西2丁目

対象のお子さんの生計を主として維持する方※の氏名・住所・お子さんとの続柄をご記入ください。  
※生計を主として維持する方は、父、母、その他監護する者のうち、お子さんの生計を主として維持する方を言います。(ご両親の場合は、どちらか所得の高い方となります。)

④主たる生計維持者の氏名及び住所  
(氏名) 札幌 一郎 (対象者との続柄) 父  
(住所) 札幌市中央区北1条西2丁目  
(被保険者、組合員又は世帯主の氏名) 札幌 一郎  
(被保険者、組合員又は世帯主の住所) 札幌市中央区北1条西2丁目

⑤医療保険の加入状況  
記号 0123  
番号 01234567  
(保険者の名称) ○○健康保険組合  
保険者番号 99999999  
(保険者の所在地) 札幌市中央区～

事由  
1 新規  
 出生による資格取得  
 他の市(区)町村からの転入  
 医療保険加入者資格の取得  
 その他( )  
上記の事由発生年月日 ( )

対象のお子さんが加入している健康保険情報をご記入ください。

扶養されているお子さんの氏名ではありません

2 変更  
あてはまる事由にレ点をつけてください。  
※受給資格喪失となる場合、受給者証は回収させていただきます。資格喪失届と一緒に受給者証の原本をお送りください。

3 喪失  
 死亡  
 他の市(区)町村への転出  
 医療保険加入者資格の喪失  
 生活保護の受給開始  
 他制度への移行  
 有効期間の満了  
 その他( )  
上記の事由発生年月日 (令和7年7月1日)  
※受給者証回収年月日 ( )

4  
 資格喪失となる事由が発生した日をご記入ください。  
 紛失した  
その他( )  
再交付年月日 ( )

※所得要件等  
該当 非該当  
所得の課非課・非

【注意事項】

申請書の他に添付書類が必要となる場合がございます。  
申請書・届出書ダウンロードサービスや札幌市子ども医療費助成制度の掲載ページ(札幌市公式ホームページ内)などで申請に必要な書類を必ずご確認ください。

※上記のとおり処理してよろしいか。

令和 年 月 日

課長	係長	係
決裁		