

我孫子市高校生等医療費助成登録事項変更届

我孫子市長 あて

届出者 (保護者)	住所	〒		
	氏名			携帯電話

高校生等医療費助成の登録事項に変更があったので、次のとおり届け出ます。

【対象となる高校生等の情報】

受給者番号																			
フリガナ																			
氏名																			
生年月日	年 月 日				年 月 日				年 月 日										

【変更事項】 変更する事項のみ記入してください。

<input type="checkbox"/> 加入保険	※ 変更する高校生等の保険証の写しが必要です。我孫子市交付の国民健康保険証を持っている方は、同意書に記名押印してください。		
<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ		
<input type="checkbox"/> 保護者	変更理由（ 婚姻 ・ 離婚 ・ 保護者の海外転入 ・ その他： ）		
	保護者でなくなる方（単身赴任の場合は保護者に該当します。）		
<input type="checkbox"/> 保護者	子との 氏名 年 月 日生 続 柄		
	新たに保護者登録する方（同意書に記名押印が必要となります。）		
<input type="checkbox"/> その他	子との 氏名 年 月 日生 続 柄		
	変更事項（ 子の氏 ・ 在籍学校等 ・ その他： ）		
<input type="checkbox"/> その他	変 更 前		
	変 更 後		

※ 我孫子市交付の国民健康保険証を持っている方又は新たに保護者になられた方は、記名押印してください。記名押印に代えて署名することができます。

同意書	
私は、届出時及び助成期間中、次の事項に同意します。	
1 助成期間中、高校生等医療費の助成に必要な範囲で、所得情報を市職員が確認すること。ただし、市の保有する公簿等で確認ができない場合については、市の指定する証明書等を提出すること。	
2 市が高額療養費の全部又は一部を負担した場合は、市が私に代わって高額療養費を保険者に請求し、受領すること。	
我孫子市長 あて	
氏名	Ⓜ