

※該当する制度にチェックしてください。

- 児童手当
 乳幼児・子ども・高校生等医療証

申請内容変更届

新宿区長 宛て

受付印	
-----	--

年 月 日

フリガナ		生年月日		年 月 日		
受給者氏名 (保護者)		生年月日		年 月 日		
※今回変更した(する)項目のみ記入してください。						
○ 加入保険	被保険者証記号・番号	(記号)	(番号)			
	保険者名・保険者番号	名称	全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合 国保 国保組合	番号	(右づめ)	
	被保険者氏名			職業	ア 被用者(社会保険加入者) イ 公務員(勤務先) ウ 被用者等でない者(国民健康保険加入又は日本の保険未加入)	
	資格取得年月日	年 月 日				
	児童氏名 (加入する健康保険を 変更した児童)					
	※新しい健康保険証(資格確認書、資格情報のお知らせ等を含む)のコピー(保護者・児童)を添付してください。また、マイナンバーによる情報連携にて保険証情報を確認します。					
○ 住所変更	変 更 後 住 所					
	受給者 (保護者)					
	配偶者 氏名				同居・別居	
	児童氏名				同居・別居	
					同居・別居	
	電話番号					
変更年月日	年	月	日			
※児童と別居した場合、「児童手当 別居監護の申立書」及び「児童の個人番号(マイナンバー) 確認書類」(個人番号カード(両面)、個人番号通知カード、個人番号通知書いずれかのコピー)の提出が必要です。						
○ 氏名変更	変 更 後 氏 名					
	受給者 (保護者)					
	配偶者・児童					
	変更年月日	年	月	日		
※受給者の氏名が変更した場合、振込先も必ず変更してください。						
○ 振込先変更	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	本支店・店 出張所			
	口座番号(右づめ)	普通				
	口座名義人 (※カナで記入)					
※児童手当の振込先は、受給者本人のものに限ります。(配偶者、児童口座には振り込めません) ※児童手当と子ども医療費助成の振込先を別々の口座にしたい場合には別途お申し出ください。						

※処理欄

児手					
医					

入力	交付	確認	委任状
----	----	----	-----