

# 保護者変更

(関係)

提出日

日中連絡が  
取れる  
連絡先

こども医療費受給者証記載事項変更届

R○ 年 ○ 月 ○ 日

藤 枝 市 長 宛

申請者  
(保護者)

住 所 藤枝市岡出山1丁目11番1号

氏 名 藤枝 ふじ江

連絡先 ○○○ - ○○○ - ○○○

下記のとおり変更がありましたので、届け出ます。

こども

受給者	受給者番号	氏名		生年月日		
		藤枝 花子		H○年○月○日		
		藤枝 次郎		R○年○月○日		
				年 月 日		
変更事項		異動日	変更の内容			
氏名	( ) 注1	・ ・	変更前		変更後	
	( ) 注1	・ ・				
	( ) 注1	・ ・				
住所	( ) 注1	・ ・	〒			
	( ) 注1	・ ・	〒			
	( ) 注1	・ ・	〒			
加	記号-番号	—		被保険者名		
	保険者名	藤枝市 ・ 全国健康保険協会 ・ 健康保険組合 その他 ( )				
その他 16 保護者変更	R○.○.○	変更前	藤枝 太郎	個人番号(変更後のみ)		
		変更後	藤枝 ふじ江			
その他 17 扶養義務者 変更(注2)	扶養義務者	変更前		個人番号(変更後のみ)		
		配偶者		個人番号(変更後のみ)		
	変更後					

異動日 = 申請日

個人番号(マイナンバー)は  
記入不要

(注1) 住所変更 (2. 全員 8. 児童 9. 保護者 10. 扶養義務者 27. 保護者及び扶養義務者)  
氏名変更 (11. 児童 12. 保護者 13. 扶養義務者 28. 保護者及び扶養義務者)

(注2) 扶養義務者の配偶者について記入してください。