

保険証変更

(系)

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〇 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 太郎
連絡先 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇

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〇年〇月〇日	
		藤枝 次郎		R〇年〇月〇日		
				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	〒	社会保険の場合は被保険者名 国保の場合は世帯主名			
	() 注1	〒				
	() 注1	〒				
加入保険	R〇〇〇	記号-番号	〇〇〇-〇〇〇〇	被保険者名	藤枝 太郎	
		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 扶養 義務者 変更 (注2)	異動日 = 資格取得年月日(認定年月日)			該当する保険者に○		
その他 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)			
		変更後				
その他 扶養 義務者 変更 (注2)	配 偶 者	変更前	個人番号(変更後のみ)			
		変更後				

(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。