

# 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 〇 月 〇 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

受給者番号						氏 名	藤枝 花子		生 年 月 日	H 〇 年 〇 月 〇 日	
受給者						氏 名	藤枝 次郎		生 年 月 日	R 〇 年 〇 月 〇 日	
受給者						生 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	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 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)						
		変更後									
	配偶者	変更前			個 人 番 号 (変更後のみ)						
		変更後									

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) 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。