

住所変更

(7条関係)

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 太郎
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	
変更事項		異動日	変更の内容		
氏名	() 注1				
	() 注1				
	() 注1				
住所	(2) 注1	R○.○.○	〒 426-8722 藤枝市岡出山1丁目11番1号		
	(9) 注1	R○.○.○	〒 426-8722 東京都千代田区霞が関3-2-5		
	() 注1		〒		
記号一番号		—	被保険者名		
住所が変更になった人に該当する数字を記入		会 ・ 健康保険組合			
2. 全員……………世帯全員での異動の場合		()			
8. 児童……………児童のみの異動の場合		個 人 番 号 (変更後のみ)			
9. 保護者……………保護者のみの異動の場合					
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			

異動日 = 転居日・転出予定日

新しい住所

住所が変更になった人に該当する数字を記入
2. 全員……………世帯全員での異動の場合
8. 児童……………児童のみの異動の場合
9. 保護者……………保護者のみの異動の場合

(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。