

記入例

母子家庭等医療費受給者資格等変更届

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

住所 新城市字東入船115番地

氏名 新城 花子

電話 ( ○○○○-○○-○○○○ )

新 郵送する日を記入してください

届出者は母・父となります

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

| 変更事項               |  | 新                     |  | 旧                                      |                 |
|--------------------|--|-----------------------|--|--|-----------------|
| 受                  | 住所                                     | 新城市字東入船115番地          |  |  |                 |
|                    | 区分                                     | 受給者番号                 | フリガナ<br>氏名                             | 受給者番号                                  | フリガナ<br>氏名      |
|                    | 母・父                                    | 822○○○○               | シンシロ ハナコ<br>新城 花子<br>(平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日生) |  |                 |
|                    |  | 給<br>児                | 822○○○○                                | シンシロ モモコ<br>新城 桃子<br>(平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日生) |                 |
| 822○○○○            | シンシロ タロウ<br>新城 太郎<br>(平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日生) |                       |  |  |                 |
| 給<br>童             |  |                       | ( 年 月 日生)                              |  |                 |
| 加入<br>医療<br>保<br>険 | 被保険者住所                                 | 新城市字東入船115番地          |  | 新城市字東入船115番地                           |                 |
|                    | (世帯主)氏名                                | 新城 花子                 |  | 新城 花子                                  |                 |
|                    | 記号・番号                                  | 記号<br>○○○○○○○○        | 番号<br>○○○○                             | 記号<br>○○○○○○○○                         | 番号<br>○○○○      |
|                    | 保険者の番号・名称                              | 番号<br>○○○○○○○○        | 名称<br>○○健康保険組合                         | 番号<br>230227                           | 名称<br>新城市国民健康保険 |
| 保険者の所在地            |  |                       |  |  |                 |
| 付加給付の状況            |  |                       |  |  |                 |
| 変更年月日              |  | 新しく加入した保険の情報を記入してください |  | 国民健康保険の情報を記入してください                     |                 |
| 備考                 |  |                       |  |  |                 |

受給者番号は受給者証で確認してください

住所・氏名・生年月日を記入してください

注 加入医療保険が確認できる書類及び受給者証を添付してください。

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| 受 |  | 入 |  | 確 |  |
| 付 |  | 力 |  | 認 |  |