

記入例

子どもの医療費助成変更届

令和●●年●●月●●日

習志野市長 宛て

※太枠部分は、記入必須項目です。

子ども医療費助成受給券の受給者番号(7桁)をご記入ください。

申請者 (保護者)	住所	習志野市鷺沼 2-1-1					
	氏名	習志野 太郎					
	電話	047 - 451 - 1151					
子どもの受給者番号	0	1	2	3	4	5	6

1

次のとおり、子どもの医療費助成申請の内容に変更がありましたので届け出ます。

2	保護者	フリガナ 氏名		電話番号	- -
		住所			
3	子ども	フリガナ 氏名	ナラシノ ジロウ 習志野 二郎	生年 月	平成・令和 元年 5月 1日
		住所	習志野市鷺沼 2-1-1		
4	加入医療保険	保険者名称	習志野市		
		保険者番号	120162		
		保険種別	1 社保 ② 国保 3 国保組合 4 共済組合 5 その他		
		被保険者名 (申請者と同じ場合は、記入不要)	習志野 太郎		
		記号番号	記号	16	番号
	資格取得年月日	平成・令和 元年 5月 1日			

保険者の名称をご記入ください。
(例)〇〇健康保険組合、全国健康保険協会〇〇支部、〇〇共済組合等

※変更があった事項に応じて、下記の箇所にご記入をお願いします。

- ・市内での転居・・・1、3
- ・お子さんの健康保険証の変更・・・1、3、4
- ・保護者(又は保護者の氏)の変更・・・1、2、3
- ・お子さんの氏変更・・・1、3