

様式第7号（第7条関係）

決 裁	課 長	副課長	係 長	担当者	受付日	交付日

こども医療費受給資格内容等変更届

住 所	新座市					
受給資格者 氏名						
こどもの 氏 名				こどもの 生年月日		

※変更事項は、該当する箇所（転居→① 氏名変更→② 保険変更→③）のみ記入してください。
 ※保険変更の際には、必ずお子様の健康保険証の写しを添付してください。

変 更 事 項		新		旧		
	① 住 所	新座市				
	変更年月日	年 月 日				
	② 氏 名					
	変更年月日	年 月 日				
	③ 加入 医療 保険	保険証 名 称	※全国健康保険協会の方は支部を記入してください。		※全国健康保険協会の方は支部を記入してください。	
			健康保険組合・国民健康保険組合 共済組合 ・ 全国健康保険協会		健康保険組合・国民健康保険組合 共済組合 ・ 全国健康保険協会	
		記 号				
		番 号				
	変更年月日	年 月 日				

上記のとおり変更が生じたので、届け出ます。

年 月 日

届出人 住 所 受給資格者と同じ

氏 名
電 話

(提出先) 新座市長

受付者

--