

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 野火止1丁目1番1号 マンション 101		
受給資格者氏名	新座 市郎		
こどもの氏名	新座 花子 新座 太郎	こどもの生年月日	H○年○月○日 R○年○月○日

お子様が2名以上いらっしゃる場合は並べてご記入ください。

※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。

		新	旧	
住所変更の場合	① 住所	新座市 あたご9丁目9番9号	/	
	変更年月日	R○年 ○月 ○日		
氏名変更の場合	② 氏名	埼玉 花子 埼玉 太郎	新座 花子 新座 太郎	
	変更年月日	R○年 ○月 ○日		
保険変更の場合	③ 加入医療保険	保険証名称	埼玉支部	新座市
			※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	99999999	埼新	
	番号	999	1234567	
	変更年月日	R○年 ○月 ○日		

上記のとおり変更が生じたので、届け出ます。

R○年 ○月 ○日

届出人 住所 受給資格者と同じ

氏名 新座 市郎

電話 048-000-△△△△ (携帯電話可)

(提出先) 新座市長

同じ場合は✓してください。
別住所の場合は下に記入してください。

記入必須事項

住所変更の場合

氏名変更の場合

保険変更の場合

記入必須事項

最終確認	受付者