

乳幼児・子ども・高校生等医療証申請内容変更届

新宿区長 宛て

受 付 印	
-------------	--

〇〇年 〇月 〇日

フリガナ	シンジユク タロウ	生年月日	〇〇年 〇月 〇日	
受給者氏名	新宿 太郎			
※今回変更した(する)項目のみ記入してください。				
○加入 保険	変更後加入保険			
	〇〇〇 (番号) 〇〇 該当変更箇所には✓をしてください			
	保険者名・保険者番号	名称 △△△	国民健康保険 健康保険組合 全国健康保険協会 共済組合 国保組合	番号 (右詰め) 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
	被保険者氏名	新宿 太郎		
	資格取得年月日	〇〇年 〇月 〇日		
※新しい健康保険証のコピー(保護者・子ども)を添付してください。				
○住所 変更	変更後住所			
	受給者			
	子ども		同居 別居	
			同居 別居	
			同居 別居	
電話番号				
変更年月日	年 月 日			
○氏名 変更	変更後氏名			
	受給者			
	子ども			
	変更年月日	年 月 日		
※受給者の氏名を変更した場合は、振込先も必ず変更してください。				
○振込 先変更	変更後振込先			
	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	支店 出張所	
	口座番号(右詰め)	普通		
	口座名義人 (※カナで記入)			
※子ども医療費助成の振込先は、受給者本人又は同居の配偶者名義を指定できます(配偶者の場合は、委任状が必要です。)				

※ 受給者氏名欄には、保護者の氏名を記入してください。ただし、何人からも監護されていない等の事情により子ども本人が受給者である場合は、子ども本人の氏名を記入してください。