

HP 掲載用

医 療 証
認 定 通 知 交付日

担当者

子ども等医療費助成制度申請事項変更届（加入保険変更）

以下のとおり、子ども等医療費助成制度の申請事項を変更しましたので届け出ます。

世田谷区長 あて

年 月 日

住 所

電 話 （ ）

保護者氏名

（医療証または受給資格認定通知書に記載されている保護者）

※受給者番号が分からない場合は未記入で構いません。

子ども等氏名	1人目		受給者番号	
	2人目		受給者番号	
	3人目		受給者番号	
	4人目		受給者番号	
	5人目		受給者番号	
住 所	(保護者と住所が異なる場合は記入してください) 世田谷区 丁目 番 号 電 話 ()			

現在加入している健康保険の内容を記入してください。

記号	番号	枝番	世帯主・組合員 被保険者氏名						
保険者名			国民健康保険 国民健康保険組合 健康保険組合 共済 全国健康保険協会						
保険者番号(右づめで記入)									