

《記入例》

様式第6号 (第10条関係)

こども医療費受給資格内容変更届									
受給資格証番号	1	1	2	3	4	5	6		
対象こども氏名	朝霞花子			生年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日				
				生年月日	年 月 日				
				生年月日	年 月 日				
受給資格者氏名	朝霞太郎			市内で転居した場合、記入してください。					
変更内容	住所	朝霞市 本町1丁目1番1号							
	被保険者又は組合員氏名	朝霞太郎							
	記号	1		番号	23456			加入保険に変更があった場合、記入してください。	
	組合等名称	〇〇全国健康保険協会 〇〇支部							
	保険者番号	01234567							
変更年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日								
上記のとおり変更が生じたので、受給資格証を添えて届け出ます。									
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日									
(申請者) 住所 朝霞市 本町1丁目1番1号									
電話 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇									
氏名 朝霞太郎									
朝霞市長 宛									