

様式第9号(第10条関係)《**保険変更 記入例**》

こども医療費受給資格 変更 (資格喪失)届				
格受給者資	資格証番号	123〇〇〇〇/123△△△△/123□□□□		
	氏名	朝霞 太郎		
	住所	朝霞市本町1-1-1		
こども	氏名	朝霞 花子 朝霞 次郎 朝霞 三郎	生年月日	平成〇〇 〇〇 〇〇 平成△△年△△月△△日 令和□□ □□ □□
	住所	同上		
内容	区分	新	旧	
	対象こどもの氏名			
住所				
加入保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	朝霞 太郎		
	記号・番号	1・23456		
	保険者名 (保険組合等の名称)	〇〇健康保険組合〇〇支部	電話	〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇
	所在地	〇〇県〇〇市1-1-1		
	保険者番号	01234567		
振込先	金融機関			
	支店名			
	口座番号			
	フリガナ 口座名義人			
変更年月日	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日			
資格喪失理由	1. 対象こどもが他の 2. 対象こどもが死亡 4. その他 ()			
資格喪失事由発生日	令和 年 月 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。 資格を喪失した 届出年月日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 届出人 住所 朝霞市本町1-1-1 氏名 朝霞 太郎 朝霞市長宛				

複数名のお子様^①が保険を変更された場合は、全員分の御記入をお願いいたします。

新しい保険証の内容をご記入ください。
(所在地・電話番号が不明の場合は、空白で結構です。)

保険証に記載されている**認定年月日**もしくは**資格発生日**をご記入ください。