

# 記入例

様式第8号(第10条関係)

決 裁	担 当	課 長	受 付	年 月 日
			交 付	年 月 日

こども医療費受給資格内容等変更届					
受 給 者 番 号	1 2 0 0 3 6 7	1 2 0 0 3 4 6	受給者証(ピンク色のカード)の2段目の番号(7けた)になります。		
対 象 児 氏 名	松山 一郎	松山 花			
生 年 月 日	平成25年 5月23日	平成27年 9月 7日			平成 年 月 日
変 更 事 項	住 所	新	旧		
		東松山市	東松山市		
	加 入 保 険	保 険 者 名	〇〇〇〇健康保険組合	健康保険証の内容を記入してください。	
		保 険 者 番 号	1 2 3 4 5 6 7		
		記 号 ・ 番 号	2 2 2      3 8 9 2 1		
そ の 他 ( )	被 保 険 者	松山 太郎	新しい健康保険に加入した日を記入してください。 例) 認定年月日、資格取得日など。		
変更事項発生日	令和 2 年 8 月 1 日				
上記のとおり変更が生じたので届けます。					
	令和 3 年 5 月 2 0 日	提出日を記入してください。			
受給者(ピンク色のカード)に書いてある保護者)の方のお名前を記入してください。		届出人 住 所	東松山市松葉町1-1-58		
		氏 名	松山 太郎		
		電 話 (自宅	0 4 9 3 - 2 3 - 2 2 2 1)		
		(携帯	0 9 0 - 4 5 6 7 - 1 1 1 1)		
東 松 山 市 長      宛て					

**※必ず対象児童の健康保険証の写しを添付してください。**