

# 保険変更

こども医療費受給資格内容変更届

令和 2年 6月 1日

草加市長 あて

必ず連絡の取れる  
電話番号を記入して  
ください。

住 所 草加市 高砂1-1-1

届出人 氏 名 草加 太郎

電話・FAX 048-000-0000

(氏名を署名したときは、押印を省略できます。)

加入医療保険

振込口座

次のとおり、

の変更が生じたので届け出ます。

住所

氏名 (□受給者、□こども)

受給者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ (記入不要)		
住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ (記入不要)		
対象となるこども	受給者番号	氏名	生年月日
	1 2 3 4 5 6 7	草加 花子	平成 令和 29年 1月 1日
	7 6 5 4 3 2 1	草加 次郎	平成 令和 元年 12月 12日
			平成 令和 年 月 日
変更内容 (変更しないところは記入不要)	加入医療保険	記号・番号	記号 0 1 2 番号 3 4 5 6
		被保険者名	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ (記入不要)
		保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8
	保険者名称	草加高砂	<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合
	資格取得日	平成 令和 2年 6月 1日	
	振込口座	金融機関名 支店名	変更後の健康保険証を見ながら記入してください。 お子さんの健康保険証の写しを添付してください。
口座番号		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	
口座名義人		(カタカナで記入)	

必要書類：こどもの健康保険証