

記入例

- ・ 子ども又は申請者の本人確認書類と一緒に送ってください。
- ・ 加入保険が変わる場合は保険情報がわかるものも送ってください。

第3号様式（第5条関係）

受給者番号	
-------	--

子ども医療費受給者証記載事項等変更届

(宛先) 沼津市長 **記入日** 令和●●年 ○月 ×日

記入する方

住所 沼津市御幸町16
 (TEL 055-○○○-△△△△)
 氏名 沼津 太郎

子ども

受給者 氏名 沼津 花子
 生年月日 令和 ○○年 ●月 ×日生
 平成

**沼津市の国民健康保険に
 加入されている方は
 ご記入ください。**

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

下記のとおり記入し、提出してください。

記

変更事項 (該当する番号を○で囲んでください。)	変更年月日	変更前	変更後
1 受給者の氏名	年 月 日		
2 資格者の住所	R6.○.△	沼津市八幡町97	沼津市御幸町16番
3 資格者の氏名	年 月 日		
4 加入保険 (注)	R6.○.△	協会・ 組合 ・共済 船員・国保	協会・組合・共済 船員・ 国保
5 その他	年 月 日		

(注) 加入保険の変更がある場合は、医療保険各法の被保険者又は被扶養者であることを証する書類の写しを添付してください。ただし、公簿等によって確認することができる場合、当該書類を提出したものとみなします。

【注意事項】

住所または氏名変更がある場合

後日新しい受給者証を郵送いたします。
 それまではお手持ちの受給者証を手書きで修正してお使いください。

加入保険のみ変更の場合

お手持ちの受給者証はそのまま使うことができます。