

乳幼児・義務教育就学児・高校生等医療証用（見本）

加入する健康保険が変わった場合

医療証 番号	負担者番号	8 ● 1 3 ● 4 8 ●	医療証の番号をご記入ください。 児童が2人の場合、 2行で書いてください。	
	受給者番号	● ● ● ● ● ● ● ●		
変更 の 場 合	新氏名 (旧氏名)	()		
	新住所 (旧住所)	〒206-08 東京都稲城市 電話 () (東京都稲城市)		
	新加入医療保険	被保険者等 記号・番号	記号 △△△△	番号 ▲▲▲▲
		被保険者の氏名	稲城 梨之助	
	申請者との続柄	本人 ● 配偶者 ● その他 ()		
	保険者番号	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■		
	保険者名	1 稲城市国民健康保険 又は () 国民健康保険組合 2 (□□□□) 健康保険組合 3 全国健康保険協会 () 支部 4 () 共済組合 () 支部 5 その他 ()		
	保険者の住所地	東京都××市××1-1		
	変更年月日	令和 ● . ● . ●		
	新しい健康保険の内容を記入してください。			
<p>健康保険 有効期限○年○月○日 資格確認証 資格取得年月日●年●月●日 記号 △△△△ 番号 ▲▲▲▲ 氏名 稲城 梨之助 生年月日 昭和45年6月7日 住所 稲城市 東長沼2111-101 保険者番号 ■■■■■■ 保険者名 □□□□健康保険組合 保険者所在地 東京都××市××1-1</p> <p>(電話)</p> <p>新しい健康保険の資格取得年月日をご記入ください。</p> <p>婚姻のため 主な生計者の変更のため</p>				
上記のとおり、乳幼児・義務教育就学児・高校生等医療費助成制				
医療証の保護者（親）の 住所・氏名・生年月日をご記入ください。		窓口へ提出する日をご記入ください。		
稲城市長 殿		令和 △ 年 △ 月 △ 日		
受給者 (保護者) 氏名		東京都稲城市 東長沼2111-101		
稲城 梨之助		平成 3 . 6 . 7		
生年月日				

□ 保険証確認