

乳幼児・義務教育就学児・高校生等医療証用（見本）
氏名変更の場合

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。		
	受給者番号	●	●	●	●	●	●	●	●			
変更 の 場 合	新氏名 (旧氏名)	稲城 太郎 (田中 太郎)										
	新住所 (旧住所)	〒996-00 上段に新しい氏名をご記入ください。 (米沢市稲城中)										
	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										
		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												
変更年月日	令和 △△ ・ ○ ・ ×											
消滅 の 場 合	消滅理由	1 子が他の区市町村に転出 (転出先 氏名の変更日をご記入ください。 2 生活保護受給 3 死亡 4 監護・生計関係がない(離婚等による) 5 他制度該当(マル親非課税・マル障) 6 所得超過(所得更正・年金変更等による) 7 その他 { 婚姻のため 主な生計者の変更のため }										
		消滅年月日										
	医療証に記載の保護者(親)の 氏名・生年月日をご記入ください。		就学児・高校生等医療費助成制 受給者(保護者) 稲城市長 殿 住所 東京都稲城市 東長沼2111-101 氏名 稲城 梨之助 生年月日 平成 3 ・ 6 ・ 7							窓口へ提出する日をご記入ください。		
		令和 △ 年 △ 月 △ 日										