

乳幼児・義務教育就学児医療証用（見本） 保険証が変わった場合

医療証交付 /

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 記号・番号	記号	△△△△			番号	▲▲▲▲			□ 保 険 証 確 認
		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 ● . ● . ●										
新しい保険証の内容を記入してください。											
健康保険 有効期限○年○月○日 被保険者証 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											
新しい保険証の資格取得年月日をご記入ください。											
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。											
令和 △ 年 △ 月 △ 日											
東京都稲城市 東長沼2111-101											
稲城市長 殿 受給者（保護者）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。											