

用紙を記入し、お子様の保険証のコピーと一緒にお送りください。

第3号様式（第5条関係）

記入例

受給者番号

こども医療費受給者証記載事項等変更届

記入日

●●年 ○月 ×日

(宛先) 沼津市長

記入する方

届出者

住所 沼津市御幸町16番
(TEL 055-000-△△△△)
氏名 沼津 太郎

お子様

受給者 氏名

沼津 花子

生年月日 平成 ○○年 ●月 ×日生
令和

下記のとおり変更がありましたので、届け出ます。

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			
② 資格者の住所	RO.△.□	沼津市八幡町97	沼津市御幸町16番
3 資格者の氏名			
④ 加入 保険	被保険者証の 記号・番号	RO.△.□ ○○○○ ×××××××	●●●●●●●●
	保険者名	△△△健康保険組合 など	沼津市 など
5 その他			

【注意事項】

住所または氏名変更の場合

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。

保険証を返却したなど、不明の場合は空欄