

医療証番号	負担者番号	○	○	○	○	○	○	○	○	
	受給者番号	○	○	○	○	○	○	○	○	
個人番号	マイナンバーによる保険情報連携を希望する場合のみ記入 (b)									
子どもの氏名	(フリガナ) ちゅうおう じろう					生年月日				
	中央 次郎					令和○年 ○月 ○日				
変更の場 合	1. 氏名変更		2. 住所変更		3. 保護者変更		4. 保険変更		5. その他	
	1 氏名変更		(旧)		(新)		氏名・住所・保護者変更については、「変更年月日」と、「新旧」(変更内容)をご記入ください。			
	2 住所変更		(旧)		(新)		保険変更については、①②のとおり、新しい保険情報をご記入ください。 ①「保険者の種類」「被保険者氏名」「申請者との続柄」を記入（必須）			
	3 保護者変更		(旧)		(新)					
	4 保険変更		保険者の種類		1. 協会 2. 組合 3. 共済 4. 国保 5. その他		被保険者氏名		中央 太郎	
			被保険者等記号番号		記号		番号		○○○○○○○○	
					枝番		01			
			保険者名		番号		○○○○○○○○			
			保険者所在地		名称		中央健康保険組合			
					〒		○○○-○○○		03 (0000) 0000 (省略可)	
		追加給付の有無		有 (省略可)						
5 その他										
変更年月日		令和○年 ○月 ○日								
消滅の場 合	消滅理由		① 他区（市町村）に転出（転出先		2 生活保護受給		3 死亡		4 その他（ ）	
	消滅年月日		令和○年 ○月 ○日							

上記のとおり、申請事項を変更しましたので届け出ます。
受給資格が消滅

令和○年 ○月 ○日

(宛先) 中央区長

住所 築地1-1-1

氏名 中央 太郎

〒 03 (0000) 0000

電話番号

②「被保険者等記号番号」「保険者名・所在地」「追加給付の有無」については、
(a)(b)のいずれかを選択してください。(いずれか必須)

(a) [マイナンバーによる保険情報連携を希望しない場合]

対象児童の保険情報が分かる書類(写し)を添付 もしくは 保険情報を記入

(b) [マイナンバーによる保険情報連携を希望する場合]

対象児童の「個人番号」を記入 (a) 欄は記入不要

※何らかの理由でマイナンバーによる保険情報連携ができない場合は、あらためて
対象児童の保険情報のご提出が必要となりますので、ご協力をお願いします。