

記入例

(保険変更の場合)

記入必須事項

医療証番号	負担者番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇		
	受給者番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇		
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 } (a)										
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						令和〇年 〇月 〇日				
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									
	3 保護者変更	旧									
	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								(b)
		被保険者氏名	中央 太郎					申請者との続柄	本人		
		被保険者等記号番号	記号	〇〇〇〇〇〇〇〇							
			番号	〇〇〇〇〇〇〇〇							
			枝番	01							
		保険者名 保険者所在地	番号	〇〇〇〇〇〇〇〇							
名称	中央健康保険組合										
〒〇〇〇-〇〇〇〇 築地1-1-1 (省略可) 電話番号 03 (0000) 0000 (省略可)											
5 その他	追加給付の有無 有 (省略可)										
変更年月日	令和〇年 〇月 〇日										
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	令和〇年 〇月 〇日									

上記のとおり、申請事項を変更
受給資格が消滅

令和〇年 〇月 〇日

(宛先) 中央区長

住所 築地1-1-1

氏名 中央 太郎

電話番号 03 (0000) 0000

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する場合]

保護する子どもの「個人番号」を記入 ※(b)欄は記入不要

(b) [マイナンバーによる保険情報連携を希望しない場合]

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