（こども医療費助成用）

記入例

資 格 変 更 届

お持ちの医療証に記載されている負担者番号、受給者番号を記入してください。

医療証	負担者番号	8 1 1 4 □ □ □ □	
	医療証番号	1 2 3 4 5 6 7	
変更内容			
対象者	フリガナ	サガミ　ハナコ	
	氏　名	相模　花子	
	住　所	相模原市中央区中央2-11-15	
健康保険	被保険者の記号・番号(枝番)	10 12345678　（03）	
	被保険者又は組合員	氏名	相模　太郎
		住所	横浜市XX区●●2-11-15
	保険者名	名称	全国健康保険協会　神奈川支部
		保険者番号	01140011
資格変更の理由	1，氏名 2，住所 (3)，保険種別 4，その他(　　)		
資格変更年月日	令和〇〇年　〇月〇日		

変更後の内容を記入してください。

・氏名変更時
→変更後の氏名と住所を記入

・住所変更時
→氏名と変更後の住所を記入

・保険変更時
→氏名、住所と変更後の健康保険の情報を記入

該当する変更事由を〇で囲んでください。

資格が変更となった年月日を記入してください。

上記のとおり変更しましたのでお届けします。

令和〇〇年　〇月　〇日

受給者本人の住所・氏名を記入してください。
※受給者本人が未成年の場合は保護者名を記入してください。

届出人　住所

氏名

相模原市長　あて

＊処理事項	医療証交付	年　月　日　・郵送					
	備　考		電算処理欄				

・ ＊印の欄は記入しないで下さい。
・ 字はかい書で、はっきり書いてください。

子育て給付課　医療給付班(電話042－704－8908)