第５号様式（第11条）

小児医療証内容変更届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　(宛先)鎌倉市長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | 届出者  (小児の養育者) | | | | | 住所 | | 鎌倉市 | | | | | | |  |
| 氏名 | |  | | | | | | |
| 電話 | | ( 　　　) | | | | | | |
| 次のとおり届け出ます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 |  |  |  | |  | |  |  | |  | 小児の  養育者  氏 名 | |  | | | | | | | 小児  氏名 | | |  | | |
| 変更日 | | | | | | 年 　月 　 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 項事更変 | | | | | | 変更後 | | | | | | | | | | | | | 変更前 | | | | | | |
| □小児氏名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| □住　　所 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| □そ の 他 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| □ 世帯員の追加 | | | | | | 氏名 | |  | | |  | | | | 生年月日 | |  | | | | 個人番 号 | | |  | |
| □小児加入の  健康保険 | | | | | | 保険者番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 保険者名称 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 記号 | | |  | | | | | | | | | | 番号 | | |  | | | |
| 被保険者等氏名 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり確認しました。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 供　覧 | | | | ．　　　． | | |
| 課長 | | | | 担当係長 | | | | | | | | 担当 | | | | | | | 閲　了 | | | | ．　　　． | | |
| 旧医療証回収状況 | | | | □回収　□未回収 | | |
| 新受給者  番号 | | | |  | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 新医療証  交付 | | | | ．　　　． | | |

（注）１ 太枠の中だけを記入してください。

　　　２ 該当する「変更事項」にチェックし、「変更後」、「変更前」の各欄に記入してください。健康保険の変更の場合は、変更後についてのみ記入してください。