

別記第10号様式の才(第20条関係)

ひとり親家庭等医療費助成制度 保険変更届

受給者氏名(フリガナ)	
アラカワ	イチロウ
荒川 一郎	
×年×月×日生 続柄(父)	

今回届出する医療保険の情報

加入医療保険	被保険者氏名	荒川 一郎		
	被保険者記号番号	12	資格取得日	令和×年×月×日
	保険者番号	3456	保険者名称	××××

児童の保険情報 ① 受給者と同じ ・ 2 受給者と異なる(異なる場合下欄に記入)

上で記載したものと異なる場合、お子様の加入医療保険を確認して記入してください

加入医療保険	被保険者氏名		続柄	
	被保険者記号番号		資格取得日	
	保険者番号		保険者名称	

上記のとおり、加入医療保険を届出します。

×年×月×日

荒川区長殿

住所 荒川区荒川2-2-3

電話番号 (090) 1234-5678

氏名 荒川 一郎

日中連絡のとれる番号を記入してください

(注意) 番号をつけてある欄は、該当の番号を で囲んでください。

事務処理欄

加入医療保険情報を証する書類	健康保険証 資格確認書 資格情報のお知らせ マイナポータルにおいて健康保険証情報を目視確認
----------------	--

受給者および対象児童の加入医療保険が確認できるもの()を必ず添付してください。

資格情報のお知らせ、資格確認書、健康保険証、マイナポータルからダウンロードした資格情報画面など