

別記様式第6号（第8条関係）

こども医療費受給者証記載事項変更届					
受給者番号		氏名		生年月日	平成令和 年 月 日
受給者番号		氏名		生年月日	平成令和 年 月 日
受給者番号		氏名		生年月日	平成令和 年 月 日
区分		新		旧	
加入医療保険	被保険者等の氏名 (こどもとの続柄)		続柄 ()		続柄 ()
	保険種別				
	被保険者証の 記号・番号				
	保険者番号				
保護者					
こども					
住所					
理由		☐ 住所変更 ☐ 保険変更 ☐ その他 ()			
上記のとおり変更がありましたので、届け出ます。 令和 年 月 日 届出人（受給者証の保護者名） 住所 東広島市 氏名 東広島市長 様					
注 この届書は、受給者証と一緒に提出してください。		台帳 処理欄	処理 月 日		備考