別記様式第５号（第８条関係）

乳幼児等医療費受給者証記載事項変更届

受給者番号		対象乳幼児等氏名及び生年月日		平成・令和	年　月　日生
受給者番号		対象乳幼児等氏名及び生年月日		平成・令和	年　月　日生
受給者番号		対象乳幼児等氏名及び生年月日		平成・令和	年　月　日生

区分		新	旧
加入医療保険	被保険者氏名（対象乳幼児等との続柄）	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			
対象乳幼児等			
住所			
理由		□住所変更　□保険変更　□その他（　）	

上記のとおり変更になりました。

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