

# 記入例

## 子ども医療費受給者証変更届

年 月 日

尾道市長 様

届出人 住所 **尾道市〇〇町△△番地**

受給者証に記載されている保護者氏名

氏名 **尾道 太郎** 印

個人番号 **1234 5678 1234**

TEL **1234-56-7890**

次のとおり、受給者証の記載事項に変更がありましたので届け出ます。

受給者証番号	<b>9999999</b>	
受給者	氏名	<b>尾道 一郎</b>
	個人番号	<b>2345 6789 1234</b>
	生年月日	<b>平成〇〇年〇月〇日</b>
	住所	<b>尾道市〇〇町△△番地</b>

お子さんの氏名、生年月日 等

変更事項	変更前	変更後
1 子ども氏名		
2 保護者氏名		
3 保護者住所		
4 加入保険関係		
(1) 被保険者氏名		<b>尾道 太郎</b>
(2) 保険者名称		<b>全国健康保険協会 広島支部</b>
(3) 記号番号		<b>5555555 10</b>
(4) その他		
記載事項変更日		<b>〇年〇月〇日</b>

変更後の保険証について  
記入してください  
(コピーを裏面に貼り付けてください)

※記名押印に代えて、署名することができます。

保険証の認定年月日を  
記入してください