

第7号の4様式（第18条関係）

加入医療保険変更届

令和〇年 〇月 〇日

（宛先）大田区長

氏名 大田 花子

次のとおり、ひとり親家庭医療費助成制度の加入医療保険を変更しましたので、届け出ます。

お手持ちの[○]親医療証を参照ください。

医療証 番号	負担者番号	8	1	1	3	6	1	1	1
	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	
氏名	大田 花子								
住所	蒲田5-13-14				(電話) 03-5744-1274				
(旧) 保険の種類	1 国保 5 その他 ()	2 [○]	組合	3 協会	4 共済				
(新) 加入 医療 保険	保険の種類	1 国保 5 その他 ()	2 組合	3 [○]	協会	4 共済			
	被保険者氏名	大田 花子			申請者との続柄	本人			
	被保険者証	記号	1234	番号	5678	(枝番)	01		
	保険者	番号	12345678		名称	〇〇協会			
	保険者所在地	〇〇県××市～			(電話番号)	01-2345-6789			
	付加給付	1 有り	2 [○]	無し					
変更年月日	令和〇年 〇月 〇日								
備考									

変更後の保険証について
ご記入ください。

※ 加入医療保険を変更する受給者及び対象児童の新しい保険証の写しを添付してください。

医療証に氏名の記載のないお子様の分もご添付ください。