

記入例

赤字箇所をご記入ください

様式第5号(第11条関係)

書類提出日を記入

鳴沢村子ども医療費助成金受給資格等変更届

鳴沢村長 様		H××年××月××日	
申請者		鳴沢 太郎	
(保護者) 住 所		鳴沢村 1 2 3 4 5	
氏 名		鳴沢 太郎 印	
電 話		8 5 - 1 2 3 4	
子 ども 氏 名 及 び 生 年 月 日	鳴沢 一郎	H××年 ××月 ××日	
	鳴沢 二郎	H××年 ××月 ××日	
	年 月 日	年 月 日	
	保険証が変更となるお子様の 人数分ご記入ください	保険証の資格取得日を記入 ※お手持ちの保険証に記載してあります	
変 更 年 月 日		H××年 ××月 ××日	
変 更 事 項		変 更 前	変 更 後
保 乳 護 幼 者 児	氏 名		
	住所	鳴沢村	鳴沢村
加 入 医 療 保 険	名 称	国民健康保険 鳴沢村 健康保険組合 共 済 組 合 全国健康保険協会 支部	国民健康保険 健康保険組合 共 済 組 合 全国健康保険協会 山梨 支部
	所 在 地	鳴沢村	甲府市丸の内3-32-12
	記号番号	2 0 - 1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 - 8 9 0
	保 険 者 番 号	1 9 1 0 4 9	0 1 1 9 0 0 1 6
変 更 理 由		保険証変更のため	
そ の 他 の 事 項		保険証の詳細を記入 ※お手持ちの保険証に記載してあります 鳴沢村国保は20から始まる記号番号 で 保険者番号は「191049」で固 定です。 社会保険はお手持ちの保険証を見なが ら ご記入ください。	

印鑑押印

※ 変更届には受給資格証を添付すること。