

# 申請事項変更届

平成 年 月 日

(提出先) 足立区長

届出者  
(保護者) 住所

氏名 印

電話番号 ( )

下記のとおり変更します。

## 記

- 1 事業名及び受給者  児童手当～届出者と同じ (記入不要)  
 子ども医療費助成～ (お子様の氏名を下欄に記入してください)

- 2 住所  届出者住所と同じ  別居 (住所を下欄に記入してください)  
 [住所変更の場合は  
4①に記入]

- 3 変更年月日 平成 年 月 日

## 4 変更内容

①住所変更	変更前			
	変更後			
②氏名変更	変更前			
	変更後			
③加入年金変更	ア. 厚生年金保険	オ. 国民年金		
	イ. 私立学校教職員組合	カ. その他 ( )		
	ウ. 国家公務員共済	キ. 未加入		
	エ. 地方公務員等共済	ク. 受給中		
④加入保険変更	記号	番号	保険者番号	
	被保険者 氏名			被保険者と 保護者との 続柄
	保険者 名称			

国保・国組  
健康保険組合  
全国健康保険協会  
支部、共済

☆該当する  に  印をつけてください。

☆加入年金変更ア～エ、カの場合、受給者 (保護者) の健康保険証のコピーを添付してください。

☆加入保険変更の場合は、お子様の健康保険証のコピーを添付してください。

※児手・認定番号
※医療・受給者番号

	※児手	※医療
受付		
審査	/	/
入力	/	/
点検	/	/

記入例  
保険変更の場合

申請事項変更届

平成 24年 4月 10日

(提出先) 足立区長

届出者  
(保護者)

住所

足立区中央本町1-17-1

医療証に記載された  
保護者名

氏名

足立 太郎

足立

電話番号

03 (1234) 5678

下記のとおり変更します。

記

朱肉を使うもの

1 事業名及び受給者  児童手当～届出者と同じ (記入不要)

お子さまの氏名 (複数記入可) → 足立 太郎 足立 二子  
子ども医療費助成～ (お子様の氏名を下欄に記入してください)

2 住所  届出者住所と同じ  別居 (住所を下欄に記入してください)  
住所変更の場合は4①に記入

3 変更年月日 平成24年 3月 30日 ← お子さまの保険証の資格取得日

4 変更内容

①住所変更	変更前			変更後		
②氏名変更	変更前			変更後		
③加入年金変更	<input checked="" type="radio"/> 厚生年金保険	オ. 国民年金				
年金も変更になる場合は、こちらにも記入してください ⇒⇒	<input type="checkbox"/> 私立学校教職員組合	カ. その他 ( )				
	<input type="checkbox"/> 国家公務員共済	キ. 未加入	保護者と被保険者との続柄 (同じ場合は「本人」と記入)			
	<input type="checkbox"/> 地方公務員等共済	ク. 受給中				
④加入保険変更	記号	21	番号	1234	保険者番号	12345678
お子さまの保険証に書かれている被保険者名 (組合員、世帯主と書かれている場合もあります)	被保険者氏名	足立 太郎		被保険者と保護者との続柄	本人	
	保険者名称	足立		健康保険協会 支部、共済		

印をつけてください。  
カの場合、受給者 (保護者) の健康保険証のコピーを添付してください。  
加入保険変更の場合は、お子様の健康保険証のコピーを添付してください。

※児手・認定番号
※医療・受給者番号

	※児手	※医療
受付		
審査	/	/
入力	/	/
点検	/	/