別記第6号様式（第9条関係）

子ども医療費助成申請事項変更届

※①～④のうち変更になった項目のみを記入し、⑤に変更年月日を記入してください。
※加入保険が変わった場合（②）、お子さまの新しい健康保険証（カードのおもて面)のコピーを添えてください。

フリガナ										
子ども氏名		医療証								
生年月日	年　月　日	番号								／
フリガナ										
子ども氏名		医療証								
生年月日	年　月　日	番号								／

①

新住所	渋谷区 TEL　（　）
旧住所	渋谷区

②

新加入保険	保険の種類	協会けんぽ・健保組合・日雇・船員・共済・渋谷区国保・国保組合					
	被保険者氏名			子どもとの続柄	父	母	他
	記号・番号	記号		番号	（枝番）		
	保険者名	名称		番号			

③

新保護者		子どもとの続柄	父	母	他
旧保護者		子どもとの続柄	父	母	他

④

その他の変更事項	新	
	旧	

⑤

変更年月日	年　月　日

上記のとおり、子ども医療費助成の申請事項を変更しましたので、届け出ます。

渋谷区長　殿　　　　年　月　日

保護者　住所

氏名

電話　（　）

旧医療証回収日	新医療証発行日	住記等確認日	O／L入力日