

第8号様式（第9条関係）

太枠内を記入してください。

課長	係長	係	受付	令和	年	月	日
			決裁	令和	年	月	日
			処理	令和	年	月	日

妊産婦・子ども		医療費受給資格内容等変更届	
受給者証番号	0123456	0789101	← お子さんの医療費受給者証の番号
受給者	氏名	柏崎 市郎	生年月日 昭和 5年 5月 5日
	住所	柏崎市 日石町2番1号	
子ども	氏名	柏崎 太郎	出生順位 第1子 生年月日 平成 30年 5月 2日
		柏崎 次郎	第2子 令和 2年 4月
			第3子 平成 年 月 日
変更事由	住所( / )・受給者( / )・氏( / )・加入保険( 6 / 1 )		
住所	柏崎市		
受給者	ふりがな		性別 男・女
	氏名		生年月日 昭和 年 月 日
	職業		子どもとの続柄
子どもの氏名			
加入保険	被保険者(世帯主)氏名	② 柏崎 市郎	記号・番号 ③ 1234567・8910
	保険者名(保険者番号)	④ 全国健康保険協会 新潟支部	( ⑤ 01150010 )
	所在地	⑥ 新潟市中央区東大通2-4-4	
除	付加給付の状況	有・無	保険負担割合
	標準負担額減額認定証の有無	有・無 (有効期限 年 月 日)	
監護又は扶養する子の数	子 → 子		
上記のとおり変更が生じたので、受給者証を添えて届け出ます。			
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日			
住所 柏崎市日石町2番1号			
申請者 氏名 柏崎 市郎			
柏崎市長様 (電話 090-1111-2222) ← 日中連絡のつく携帯電話番号			

## お子さんの保険証の内容を転記

健康保険  
被保険者証家族(被扶養者) 00125  
令和3年1月4日交付

③記号 1234567 番号 8910

氏名

柏崎 太郎

生年月日

平成30年5月2日

性別 男

資格取得年月日

①令和3年1月4日

被保険者

②柏崎 市郎

事業所所在地

柏崎市日石町2番1号

事業署名

株式会社 かしわざき

保険者番号

⑤ 01150010

保険者名称

④全国健康保険協会 新潟支部

保険者所在地

⑥新潟市中央区東大通2-4-4

## 全国健康保険協会

## 国民健康保険

新潟県  
国民健康保険  
被保険者証有効期限 令和○年7月31日  
③記号 柏崎 番号 00123456  
資格 一般

氏名 柏崎 太郎

性別 男

生年月日

平成30年5月2日

交付年月日 令和3年1月4日

適用開始日

①令和3年1月4日

世帯主氏名

②柏崎 市郎

住所

⑥新潟県柏崎市日石町2番1号

保険者番号

⑤150052

交付者名

④柏崎 市