

第7号様式（第7条関係）

加入医療保険変更届
(乳幼児・子ども医療費)

年 月 日

御杖村長 殿

届出者 住 所 _____

氏 名 _____

下記のとおり加入医療保険に変更が生じましたので届けます。

受給資格証 受給者番号											
変更後の加入医療保険	被 保 険 者 氏 名							受給者との続柄			
	住 所										
	保 険 種 別	国（市町村・退・組） 健（協会・組・日）・船・共				本人 家族	被保険者の 記号番号				
	保険者番号 及 び 名 称							保 険 者 の 所 在 地			
変 更 の 年 月 日		年 月 日									
被保険者資格喪失年月日		年 月 日									

(注) 「変更後の加入医療保険」中一部に変更があった場合は、変更のあった箇所の見出しに○をつけてください。