

# 記入例

## 子どもの医療費受給資格内容等変更届

受給者番号		0123456		
受給者	氏名	長岡 太郎	生年月日	昭和56年7月18日
	住所	長岡市大手通1丁目4番地10		
子ども	氏名	長岡 花子	生年月日	令和元年5月1日
	住所	長岡市大手通1丁目4番地10		
<b>【届出事項】</b> <input type="checkbox"/> 受給者の変更 <input type="checkbox"/> 受給者の氏名の変更 <input type="checkbox"/> 子どもの氏名の変更 <input checked="" type="checkbox"/> 医療保険の種類又は記載事項の変更 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
該当する変更事項にチェック 変更のあった年月日を記入				
変更事項	変更年月日	令和元年 5月 10日		
	旧(変更前)	新旧の変更事項を記入	新(変更後)	
	記号番号:12345 11 保険者:全国健康保険協会 新潟支部	記号番号:長岡 01234567890 保険者:長岡市		

上記のとおり変更したので、受給者証を添えて届け出ます。

令和元年 5月 10日

受給者 住所 長岡市大手通1丁目4番地10  
届出者 氏名 長岡 太郎

### ここから下は、長岡市の国民健康保険に加入の方のみ 記入する

後期高齢者医療  
国民健康保険 高額療養費及び高額介護合算療養費（医療費部分に限る。）

保険証の番号		支給申請書兼受領委任状		受給者証の番号	
被保険者記号番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	受給者番号	0 1 2 3 4 5 6	※記入不要	
被保険者氏名	長岡 花子	適用期間	令和	※記入不要	

上記の者について、高額療養費及び高額介護合算療養費（医療費に係る部分に限る。）に該当し、その支給額が新潟県医療費助成事業（県単）の助成相当額であるときは、高額療養費並びに高額介護合算療養費（医療費に係る部分に限る。）の支給の申請及び受領を新潟県国民健康保険団体連合会会長又は長岡市長に委任します。

平成 ※記入不要 日

様

### ※ 世帯主の氏名・生年月日を記入

世帯主 氏名 長岡 一郎  
(申請人)  
生年月日 昭和23年 6月 30日