別記第１０号様式のオ（第２０条関係）

ひとり親家庭等医療費助成制度　保険変更届

受給者氏名（フリガナ）
年　　月　　日生　続柄（　　）

今回届出する医療保険の情報

加入医療保険	被保険者氏名			
	被保険者記号番号		資格取得日	
	保険者番号		保険者名称	
児童の保険情報　1　受給者と同じ　・　2　受給者と異なる（異なる場合下欄に記入）				
加入医療保険	被保険者氏名		続柄	
	被保険者記号番号		資格取得日	
	保険者番号		保険者名称	

上記のとおり、加入医療保険を届出します。

年　　月　　日

荒川区長殿

住所

電話番号

氏名

（注意）　番号をつけてある欄は、該当の番号を〇で囲んでください。

事務処理欄

加入医療保険情報を証する書類	□　健康保険証　□　資格確認書　□　資格情報のお知らせ □　マイナポータルにおいて健康保険証情報を目視確認