第7号様式（第10条関係）

子ども医療費助成申請事項（変更届）

年　　月　　日

品川区長　あて

申請者氏名

子ども医療費助成制度の申請事項が変更になりましたので届出します。

受給者番号	児童氏名	（旧）児童氏名	備考欄

保護者の変更	（新）保護者 氏　　名	電話　　-　　-
	（旧）保護者 氏　　名	
住所の変更	新　住　所	品川区 電話　　-　　-
	旧　住　所	品川区

加入保険の状況	保険種別	１国保　２国保組合　３健保組合　４協会　５共済組合　６その他			
	記　号	番　号		世帯主・組合員 被保険者　氏名	
	保険者番号			保険者	
	資格取得日	年　　月　　日		扶養認定日	年　　月　　日

変更年月日	年　　月　　日	
変更理由	転居・就職・転職・退職・その他（　　） （国年・厚年・共済・未加入）　（国年・厚年・共済・未加入）	
	子手区分	□ 非被用者 □ 被用者　□ 非該当 □ 子手（公務員） □ 特例給付（公務員） → □ 非被用者 □ 被用者　□ 非該当 □ 子手（公務員） □ 特例給付（公務員）

保険証確認		医療証確認		医療証再交付	済・未	入力等		受付者	