

# 加入社会保険等変更届の記載例

(制度区分)	障	母	子	医療証番号	
<h2>加入社会保険等変更届</h2> <p style="text-align: right;">令和 元年 5 月 7 日</p> <p>(あて先) 名古屋市長</p>					
住所 <u>名古屋市 千種 区 ○○町 2 丁目 74 番地</u> <u>○○マンション 1 棟 201 号</u> 氏名 <u>名古屋 市太郎</u> ( ☎ ○○○-○○○ )					
変更年月日		平成 31 年 4 月 1 日			
		新	旧		
国民健康保険または社会保険の保険者名 (保険者番号)		○○健康保険組合 ( ○○○○○○○○ )		○○共済組合 ( ○○○○○○○○ )	
被保険者証または組合員証の記号番号		1 2 3 4 5 6 7 8 9		1 1 1 2 3 4	
被保険者、組合員の住所、氏名または名古屋市国民健康保険の世帯主の氏名		名古屋 一郎		名古屋 一郎	
(対象者(子ども)との続柄)		( 父 )		( 父 )	
加入保険の一部負担の割合		2 割		2 割	
障害の種類及び程度		上肢 1 級		上肢 2 級	
点線部以下は記入しないでください。		決裁年月日 . .		課長 .	
		係長 .		係員 .	
		受付 .		入力 .	

医療費助成対象者の住所、氏名等をご記入ください。マンション等の場合は、棟や号まで正確にご記入ください。

加入する健康保険が変更となった日をご記入ください。

左の欄に現在(新)の、右の欄に以前(旧)の健康保険証の内容をご記入ください。  
 なお、届出の際には、加入している健康保険証をご持参ください。

この届出書は、障害者医療証をお持ちの方が、障害の「種類」や「等級」が変更となった場合にも使用していただきます。  
 左の欄に現在(新)の、右の欄に以前(旧)の障害の種類及び等級等をご記入ください。  
 なお、申請の際には、障害の種類や程度が分かるもの(手帳等)をご持参ください。

点線部以下は記入しないでください。