

障	親	子
---	---	---

加入社会保険等変更届

(宛先)名古屋市長

届出日		年	月	日	電話番号			
届出人	住所	名古屋市 区						
	氏名							
対象者（子ども医療証の場合）は子どもの情報	住所	☐ 同上						
	氏名	☐ 同上						
	医療証番号						個人番号	
変更年月日		年					月	日
現在加入の保険情報	保険者名称							
	保険者番号							
	記号番号	記号	番号			枝番		
	国民健康保険の世帯主の氏名又は被保険者、組合員若しくは加入者の住所及び氏名	住所 氏名 (年 月 日生)						
	対象者(子ども)との続柄	続柄()						
	保険給付の割合 〔家族療養附加金の割合〕	割						
障害の種類及び程度								

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 とする。

決裁年月日	課長	課長補佐	担当者	受付	入力	医療証