

加入社会保険等変更届の記載例

障親子

加入社会保険等変更届

(宛先)名古屋市長

届け出を出していただく方の情報をご記入ください。

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になった日をご記入ください。

対象者の方(子ども医療証の場合は、お子さま)がご加入されている健康保険情報を確認の上ご記入ください。

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」が変更になった場合にも使用していただきます。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。

点線以下は記入しないでください。

届出日		年 月 日	電話番号	090-0000-0000					
届出人	住所	名古屋市 千種 区〇〇町2丁目74番地〇〇マンション1棟 201号							
	氏名	名古屋 太郎							
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 名古屋 市子							
	医療証番号	1	2	3	4	5	6	7	8
変更年月日		令和6年 4 月 1 日							
現在加入の保険情報	保険者名称	01230010							
	保険者番号	全国健康保険協会愛知支部							
	記号番号	記号 123		番号 4567		枝番 01			
	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 名古屋市千種区〇〇町2丁目74番地〇〇マンション 1棟201号 氏名 名古屋 太郎 (昭和63年1月1日生)							
	対象者(子ども)との続柄	続柄(父)							
	保険給付の割合 [家族療養費附加金の割合]	7 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