

(裏)

	変更事項	変更前	変更後
<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号・個人番号)		
<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号・受診者との続柄・個人番号)		
<input type="checkbox"/>	医療保険の適用区分		
<input type="checkbox"/>	医療保険に関する事項 (記号及び番号・被保険者氏名・保険者番号・保険者名称)	記号 _____ 番号 _____ 被保険者氏名 (社保のみ) _____ 保険者番号 _____ 保険者名称 _____	記号 _____ 番号 _____ 被保険者氏名 (社保のみ) _____ 保険者番号 _____ 保険者名称 _____
<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員に関する情報 (氏名・個人番号) ※変更後の支給認定基準世帯員は以下に記載のこと		
備考			

支給認定基準世帯員 (受診者と同じ医療保険に加入する者)

※受診者が18歳未満の場合は保護者についても記入、保険変更等に伴う世帯員の変更時のみ記入してください。

必要な場合は、名古屋市において市民税等に関する課税資料、国民健康保険資格情報及び後期高齢者医療資格情報について確認されることに同意します。

氏名	生年月日	受診者との続柄	個人番号 (更新又は変更の申請の場合は追加世帯員のみ記入)										医療保険等の種別 (該当するものをチェック)			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 社保		
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日														<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 社保
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日														<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 社保
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日														<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 社保
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日														<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 社保
	大正・昭和・平成・令和 年 月 日														<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 社保

注 該当する□の中にレ印をつけてください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。