記入例

子ども医療費助成制度　健康保険変更申請書

江戸川区長殿

申請日	令和　元　年　５　月　７　日
フリガナ	エドガワ　イチロウ
申請者名 （医療証の保護者名）	江戸川　一郎
住所	江戸川区　中央１－４－１
電話番号	０３　（　３６５２　）　１１５１

お子さんの氏名	生年月日	受給者番号
江戸川　花子	平成（○） 令和　３１　年　４　月　１　日	１２３４５６７ （医療証に記載されている受給者番号）
	平成 令和　　年　　月　　日	
	平成 令和　　年　　月　　日	

※太枠内を記入してください

※<u>お子さんの新しい保険証のコピーを裏面に貼付してください</u>

※<u>現在お手元にある医療証は、新しい保険証とセットでそのままご使用いただけます</u>

[ご提出先・お問い合わせ先]
江戸川区 子ども家庭部 児童家庭課 医療費助成係
〒１３２－８５０１　江戸川区中央１－４－１
℡　０３－５６６２－８５７８（直通）