

受付年月日		
① 受給者番号		一部・食

ひとり親家庭等医療費助成制度 健康保険変更申請書

江戸川区長殿

申請日	令和 年 月 日
フリガナ	
受給者氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所	江戸川区
電話番号	()

※太枠内を記入してください

※本人・対象児童全員の新しい保険証のコピーを裏面に貼付してください

※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

【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 援護係
〒132-8501 江戸川区中央1-4-1
TEL 03-5662-1259 (直通)

<職員審査欄>

書類審査	入力	入力審査