

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	( )

※本人・対象児童全員の新しい保険情報が分かるものの写しを裏面に貼付してください

※現在お手元にある医療証は、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