



**【医療保険の変更】** 以下の1~2の項目全てを記載してください。

※医療保険の内容の一部の変更であっても、全ての項目について、原則として空欄不可です。

※記載漏れや書類不備がある場合、追加書類を提出いただく他、通常よりも受給者証の交付が遅れる可能性があります。

※医療保険の変更に伴う階層区分の変更の場合、様式第7号(変更届)により提出してください。

**1 医療保険について**

マイナポータルまたは資格確認書等を確認いただき、下記に記載してください。

<b>保険種別</b>	<input type="checkbox"/> 被用者保険(社会保険) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合
<b>保険者名</b> (〇〇組合、〇〇市等)	
<b>被保険者氏名</b> (患者との続柄)	氏名 <span style="float:right">続柄</span>

**2 支給認定基準世帯員及び按分の状況について**

医療保険の変更前後の支給認定基準世帯員について、記載してください。

なお、今回、支給認定基準世帯員から外れる方がある場合は、氏名等を記載の上、斜線を引いてください。(記載例参照)

	フリガナ		変更の有無	続柄	生年月日		<small>(受診者住所と異なる場合のみ 郵便番号、県・市区町村名まで記載) ※受給者住所と同じ場合はチェックのみ</small>
	氏名				※16歳未満かどうか		
記載例	①受診者	ヒョウゴ ハナコ 兵庫 花子	/	本人	平成・令和 ○年 ○月 ○日	<input type="checkbox"/>	〒 現住所: ○○○ 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	②氏名	ヒョウゴ タロウ 兵庫 太郎			・変更なし ・追加 ・削除	大正・昭和 平成・令和 ○年 ○月 ○日	<input type="checkbox"/>
保険変更前後の支給認定基準世帯員	①受診者	/	/	/	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	カナ	/	/	/	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	②氏名	/	/	/	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	カナ	/	/	/	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	③氏名	/	/	/	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
カナ	/	/	/	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>	
④氏名	/	/	/	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>	
カナ	/	/	/	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>	
⑤氏名	/	/	/	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>	

※ 社会保険(健康保険組合、共済組合、全国健康保険協会等)にご加入の場合は、受給者と被保険者の方について、記載してください。

※ 国民健康保険組合(業種別国保)にご加入の場合は、受給者と同じ医療保険(記号番号も同じ)に加入する方全員(16歳未満の方も含む)を記載してください。