

【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。

保険種別	<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
保険者名 (〇〇組合、〇〇市等)	
被保険者氏名 (患者との続柄)	氏名 続柄

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			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 checked="" 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"/>			
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"/>			

※ 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。