

## 被爆者の子医療費助成申請（請求）に係る保険変更届出書

「被爆者の子 医療費助成申請書（請求書）」を提出するにあたり、助成申請期間内において、加入する被用者保険（健康保険組合、全国健康保険協会等）・地域保険（国民健康保険、後期高齢者医療制度等）に変更がありましたので、下記のとおり届け出ます。

旧 被用者保険・地域保険名※	
新 被用者保険・地域保険名※	
新 被用者保険・地域保険 資格取得年月日	令和 年 月 日

※●●健康保険組合、全国健康保険協会○○支部、▲▲国民健康保険、□□後期高齢者医療制度等を記入してください。

（注意）

被爆者の子医療費助成申請（請求）に係る同意書（第4号様式）は、変更前後の被用者保険・地域保険分をそれぞれ1枚ずつ提出してください。

令和 年 月 日

住所

氏名

電話番号

日中連絡先