

※1 受診児が18歳未満の場合は受給者証に記載される保護者（変更後の保護者）、受診児が18歳以上の場合は受診児本人
 ※2 届出日が1/1～6/1の場合は前々年中、6/2～12/31の場合は前年中のもの

裏面に続く

(裏面)

変更部分のみ記載	4	支給認定世帯	支給認定基準世帯員 (受診者と同じ医療保険に加入する者)		生年月日	年齢	受診児との 続柄	1月1日に居住して いた市区町村 (※ 3)
			受診児 氏名	表面のとおり			本人	
			フリガナ		年 月 日			
			世帯員 氏名					
			個人番号					
			フリガナ		年 月 日			
			世帯員 氏名					
			個人番号					
			フリガナ		年 月 日			
			世帯員 氏名					
			個人番号					
			フリガナ		年 月 日			
			世帯員 氏名					
			個人番号					
			フリガナ		年 月 日			
			世帯員 氏名					
			個人番号					
			フリガナ		年 月 日			
			世帯員 氏名					
			個人番号					
フリガナ		年 月 日						
世帯員 氏名								
個人番号								

※3 届出日が1/1～6/1の場合は前年、6/2～12/31の場合は当年の1月1日時点で居住していた市区町村

希望する住所等の送付を (※4)	フリガナ		届出者との 続柄	
	氏名			
	住所	〒		
	日中連絡が取れる連絡先			

※4 表面の届出者の住所以外を希望する場合のみ記載

【保健所記入欄】

届出者確認事項

☐ 番号確認☐ 身元確認☐ 代理権確認