

加入医療保険変更届

受付区民係
担当：

対象の子ども	_____	受給者番号	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																								
<p>上記子どもにつき、加入医療保険に変更があったため、新しい保険証の コピーを添付して届出します。</p>																																											
年 月 日																																											
杉並区長宛																																											
電 話	_____																																										
氏 名	_____																																										

一次審査	二次審査