

子ども医療費受給資格内容等変更届

糸魚川市長 様

次のとおり変更が生じたので届け出します。

申請年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

届出者 (受給者)	住所 (旧住所)	糸魚川市一の宮1丁目2番5号				
	氏名	糸魚川 太郎	(電話番号) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
子ども	氏名	糸魚川 姫子	生年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
	受給者番号					
	氏名		生年月日	年 月 日		
	受給者番号					
変更事由	氏名		生年月日	年 月 日		
	受給者番号					
変更事由		転居・受給者変更・加入保険変更・氏名他()	変更年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
変更事項	新住所	糸魚川市大字能生1941番地2				
	受給者	ふりがな		性別	男・女	
		氏名		生年月日	年 月 日	
		勤務先名称 勤務先電話番号		子どもとの続柄		
	<input type="checkbox"/> 添付の写しのとおり (被保険者証の写し添付あり)					
	<input type="checkbox"/> 加入医療保険 (被保険者証を添付した場合は記載不要)					
	加入保険	記号—番号	—	種別	協会	健康保険組合
		認定年月日 (資格取得日)	年 月 日		船員保険	共済組合
		被保険者 (世帯主) 氏名		保険者番号	国保組合	市国保
		保険者名				
保険者住所						

※市処理欄

交付年月日 (窓口・郵送) 年 月 日