

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	年 月 日
-----------	-------

届出者 (受給者)	住所 (旧住所)			
	氏名	電話番号		
子 ども	氏名		生年月日	年 月 日
	受給者番号			
	氏名		生年月日	年 月 日
	受給者番号			
	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	年 月 日

変更事項	新住所	糸魚川市				
	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 險 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
------------------	-------