

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

なお、受給資格確認のため必要があるときは、公簿等の確認をすることに同意します。

		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	
	加入医療保険	記号・番号	・	種別	協会 健康保険組合 船員保険 共済組合 国保組合 市国保
		認定年月日 (資格取得日)	年 月 日		
		被保険者 (世帯主)氏名		保険者 番号	
		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
------------------	-------