

(記入例)

子ども医療費受給資格変更届

令和 年 月 日

(宛先)山鹿市長

〒861-

受給者 住所 山鹿市 山鹿1234-5

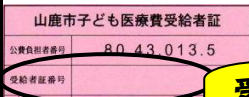
受給者は、保護者のうち、子ども医療費振込先の名義人になっている方

氏名 山鹿 太郎

山鹿

印鑑はシャチハタ以外(認印可)

連絡先 - -



受給者証の上から2行目に記載されている番号

次のとおり変更 医療費助成に関する条例施行規則第5条の規定により届け出ます。

なお、子ども医療費助成申請に係る世帯構成員等の調査に関し、市長に委任します。

| 受給資格者番号     | 子どもの氏名 | 子どもの生年月日        |
|-------------|--------|-----------------|
| 第 1 2 3 4 号 | 山鹿 花子  | 平成 令和 元年 11月 3日 |
| 第 号         |        | 平成・令和 年 月 日     |
| 第 号         |        | 平成・令和 年 月 日     |
| 第 号         |        | 平成・令和 年 月 日     |

左の変更事項の中から、該当する番号を記入する。

| 変更年月日   | 平成・令和 年 月 日                    |
|---|--------------------------------|
| 変更事項  | 番号 変更                          |
| 1 氏名  | 2 (住所変更の場合) 山鹿市古閑1234          |
| ※受給資格者変更の場合は新規申請書により記入すること。                   | 3 (保険変更の場合) 山鹿市国保              |
| 2 住所  |                                |
| 3 加入保険<br>(被保険者名、保険者名、記号番号、附加給付の内容<br>※要裏面証明) | 番号 変更後<br>2 山鹿市山鹿              |
| 4 その他<br>( )                                  | 3 全国健康保険組合熊本支部 記号22222 番号12345 |
|   | 保険証のコピーを添付する                   |

変更前と変更後の内容を記入する。

|           |    |
|-----------|----|
| システム変更入力日 | 備考 |
| 令和 年 月 日  |    |

- ※ 太線の中を記入してください。
- ※ 変更の申請をするときは、被保険者証・通帳等を持参してください。
- ※ 加入保険が変更となった場合には、裏面の証明事項を確認し提出してください。

|               |         |
|---------------|---------|
| 新受給者証受領印(受給者) | 旧受給者証回収 |
|               |         |