

(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

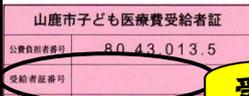
受給者は、保護者のうち、子ども医療費振込先の名義人になっている方

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 (被保険者名、保険者名、記号番号、附加給付の内容 ※要裏面証明)	番号	変更後
	2	山鹿市山鹿
4 その他 ()	3	全国健康保険組合熊本支部 記号22222 番号12345

変更前と変更後の内容を記入する。

保険証のコピーを添付する

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