

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

氏名

連絡先

次のとおり変更となりましたので、山鹿市子ども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 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
第 号		平成・令和 年 月 日
変 更 年 月 日	平成・令和 年 月 日	
変 更 事 項	番号	変 更 前
1 氏 名 ※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。		
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
4 その他 ()		
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