（記入例）

子ども医療費受給資格変更届

平成２６年８月１５日

(宛先)山鹿市長

〒８６１－０５０１

受給者　住 所　山鹿市山鹿１２３４

氏 名　山鹿　　太郎　山鹿

連絡先　０９０－　1234　－　5678

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

印鑑はシャチハタ以外(認印可)

山鹿市子ども医療費受給者証
公費負担者番号　80.43.013.5
受給者証番号

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　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　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　1234　号	山鹿　花子	平成　２５年　７　月　１　日
第　　号		平成　　年　　月　　日
第　　号		平成　　年　　月　　日
第　　号		平成　　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２６年８月１５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１２３４
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
平成　　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	受給者証回収(旧)