

子ども医療費受給資格内容等変更届

<児童>

氏名		生年月日	出生順位
1	カナ	年 月 日	第 子
2	カナ	年 月 日	第 子
3	カナ	年 月 日	第 子

住所	
----	--

<変更事項>

(変更があった項目の口にしをつけ、変更内容を記入してください。)

<input type="checkbox"/> 住所	(変更前)			
	(変更後)			
<input type="checkbox"/> 氏名	(変更前)			
	(変更後)			
<input type="checkbox"/> 医療保険	種類	国保 ・ 社保（協会けんぽ ・ 健保組合 ・ 国家共済 ・ 地方共済 ・ 船員）		
	被保険者	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日
		住所	個人番号	
			続柄	児童から見て
<input type="checkbox"/> 受給者	(変更前) (年 月 日生まれ)			
	(変更後) (年 月 日生まれ)			

<届出者> (受給者である保護者)

(宛先) 見附市長		(届出日) 年 月 日	
上記のとおり変更が生じたので受給者証を添えてお届けします。			
また、この届による変更事項及び医療費助成を受けることに関し、私、児童及び児童の加入する医療保険の被保険者について、公簿等の確認や関係機関に必要な調査をされることに同意します。			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名	署名	電話番号	- -
		住所	続柄
	□児童と同じ（記入不要）		児童から見て

見附市使用欄

