

## 子ども医療費受給資格内容等変更届

## &lt;児童&gt;

氏名	生年月日	出生順位
カナ ミツケ イチロウ 見附 一郎	令和〇年〇月〇日	第〇子
カナ	年 月 日	第 子
カナ	年 月 日	第 子

住所 見附市昭和町2丁目1番1号

住所変更した場合は、新住所を記入してください。

## &lt;変更事項&gt;

(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 checked="" type="checkbox"/> 住所	(変更前)	見附市学校町2丁目13番30号			
	(変更後)	見附市昭和町2丁目1番1号			
<input type="checkbox"/> 氏名	(変更前)				
	(変更後)				
<input checked="" type="checkbox"/> 医療保険	種類	国保・ <b>社保</b> (協会けんぽ)・ <b>健保組合</b> ・国家共済・地方共済・船員)			
	被保険者	フリガナ 氏名	ミツケ タロウ 見附 太郎	生年月日	平成〇年〇月〇日
		住所	<input checked="" type="checkbox"/> 児童と同じ(記入不要)	個人番号	1234 5678 9012
	続柄	児童から見て 父			
<input checked="" type="checkbox"/> 受給者	(変更前)	見附 花子	(平成〇年〇月〇日生まれ)		
	(変更後)	見附 太郎	(平成〇年〇月〇日生まれ)		

変更後の医療保険について記入してください。  
被保険者は以下の方になります。  
・社保：児童を保険の扶養に入れている方  
・国保：児童の住民票の世帯主

## &lt;届出者&gt; (受給者である保護者)

(宛先) 見附市長 (届出日) 令和〇年〇月〇日  
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	ミツケ タロウ	生年月日	平成〇年〇月〇日
氏名	署名	電話番号	0258 - 62 - 1700
	見附 太郎		
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 児童と同じ(記入不要)	続柄	児童から見て 父

受給者変更した場合は、新受給者を届出者としてください。

