

記入例

受給者証を確認して受給者番号を記入してください

受給者番号322〇〇〇〇〇〇

子ども医療費受給者資格等変更届

郵送する日を記入してください

令和〇年〇月〇日

受給者の方の住所・氏名等を記入してください

住所新城市字東入船115番地

氏名新城 太郎

電話(〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

変	更	事	項	新	旧				
受給者	住	所		新城市字東入船115番地					
	フリガナ			シンシロ タロウ					
	氏	名		新城 太郎					
子ども	住	所		新城市字東入船115番地					
	フリガナ			シンシロ ハナコ					
	氏	名		新城 花子					
	生	年	月	日	令和〇年〇月〇日				
加入医療保険	被保険者(世帯主)	住	所	新城市字東入船115番地	子どもとの続柄	新城市字東入船115番地	子どもとの続柄		
		氏	名	新城 太郎	父	新城 太郎	父		
	記号・番号	記号	〇〇〇〇〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇	記号		番号	〇〇〇〇〇
		番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	名称	〇〇健康保険組合	番号	230227	名称	新城市国民健康保険
	保険者の所在地								
	付加給付の状況		有 無		有 無				
その他		新しく加入した保険の情報を記入してください		国民健康保険の情報を記入してください					
変更年月日									
備考									

注 加入医療保険が確認できる書類及び子ども医療費受給者証を添付してください。

受		入		確	
付		力		認	