		受給者番号				
子ども医療費受給者資格等変更届 令和 年 月 日						
新城市長						
住所						
氏名						
電話 ()						
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					
	フリガナ					
	氏名					
子ども	住所					
	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	年 月 日				
加入医療保険	被保険者 (世帯主)	住所	子どもとの続柄		子どもとの続柄	
		氏名	氏名			
	記号・番号	記号	番号	記号	番号	
		番号	名称	番号	名称	
	保険者の所在地					
	付加給付の状況		有 ・ 無		有 ・ 無	
その他						
変更年月日		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。

受付		入力		確認	
----	--	----	--	----	--