到 乳幼児等医療費受給資格内容変更等届 Infant Medical Fee Aid: Change of Information					
	資格証番号 rtificate Number				
乳幼児等の個人番号 My Number of Child					
区 分 Category	変 更 種 別 Type of Change	:	新 New	旧 Old	
受 給 資格者 Recipient	氏 名 Name				
	住 所 Address	1		2	
乳 幼 児 等 Child	氏 名 Name				
	住 所 Address	□①と同じ Same as ①		□②と同じ Same as ②	
加	被保険者氏名 Name of Insured				
Insurance Information	保 険 種 別 Type of Insurance				
	保 険 者 名 Name of Insurer				
	保 険 者 所 在 地 Location of Insurer				
	保険証記号番号 Insurance Number				
険	附加給付金の有無 Receiving Additional Benefit	有 Yes	· 無 No	有 Yes · 無 No	
	給 付 内 容 Descrpition of Benefits				
他の制度による医療費助成を受けることとなったとき If you are receiving financial assistance for medical fees through another system		助成制度名 Name of System			
変 更 等 事 由 発 生 年 月 日 Date on which your information changed			Year: 年 Month:	月 Day: 日	
変更等事由 Reason for change		1. 転出 Moving out of Izumo 2. 転居 Change of address 3. 保険変更 Change of insurance 4. その他 Other ()			
			I declare that my info	ormation has changed as above	э.
Year:	年 Month: 届出人 Applicant	月 Day: 日 住所 Address	□受給資格者と同じ	Same as aid recipient	
出雲下		氏名 Name 電話番号 Phone yor of Izumo Ci) - () - ()

受付	照合