

**乳** 乳幼児等医療費受給資格内容変更等届

Notificação de alteração e despesas médicas de lactentes.

受給資格証番号 Número da credencial cadastrada.			
乳幼児等の個人番号 My Number da criança			
区分 Classificação	変更種別 Alteração espécie	新 Novo	旧 Antigo
受給資格者 Beneficiário	氏名 Nome		
	住所 Endereço	①	②
乳幼児等 Nome da criança	氏名 Nome		
	住所 Endereço	<input type="checkbox"/> ①と同じ O mesmo que ①.	<input type="checkbox"/> ②と同じ O mesmo que ②.
加入 Seguro inscrito 保 険	被保険者氏名 Nome do segurado		
	保険種別 Tipo de seguro		
	保険者名 Nome do seguro		
	保険者所在地 Endereço seguradora		
	保険証記号番号 Número do seguro saúde		
	附加給付金の有無 Acréscimo de benefício extra	有 Sim      •      無 Não	有 Sim      •      無 Não
	給付内容 Conteúdo dos benefícios		
他の制度による医療費助成を受けることとなったとき Quando foi possível receber subsídios	助成制度名 Nome do subsídio		
変更等事由発生日 Data das alterações	Ano	年 Mês	月 Dia 日
変更等事由 Motivo da alteração	1. 転出 Saindo do estado    2. 転居 Alteração 3. 保険変更 Mudança no seguro saúde    4. その他 Outros (            )		
<p>上記のとおり変更等しましたのでお届けします Solicitação de alteração, conforme descritos acima</p> <p>令和 Ano      年 Mês      月 Dia      日</p> <p align="right"><input type="checkbox"/>受給資格者と同じ O mesmo que o beneficiário elegível.</p> <p align="center">住所 Endereço</p> <p align="center">届出人 Requerente</p> <p align="center">氏名 Nome</p> <p align="center">電話番号 Telefone            (            ) - (            ) - (            )</p> <p>出雲市長様 Ao Sr prefeito de Izumo</p>			

受付	照合