



乳幼児等医療費受給資格内容変更等届

英語

Infant Medical Fee Aid: Change of Information

資格証の記号番号 Certificate Number			
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	<input type="checkbox"/> ①と同じ Same as ①	<input type="checkbox"/> ②と同じ Same as ②
加入保険 Insurance Information	被保険者氏名 Name of Insured		
	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		
	附加給付金の有無 Receiving Additional Benefits	有 Yes ・ 無 No	有 Yes ・ 無 No
	給付内容 Description 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		
変更等事由発生日 Date on which your information changed	平成・令和 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 ()		
<p>上記のとおり変更等しましたのでお届けします I declare that my information has changed as above.</p> <p>令和 Year: 年 Month: 月 Day: 日</p> <p><input type="checkbox"/>受給資格者と同じ Same as aid recipient</p> <p>住所 Address</p> <p>届出人 Applicant</p> <p>氏名 Name</p> <p>電話番号 Phone () - () - ()</p> <p>出雲市長様 To the Mayor of Izumo City</p>			

受付	照合