



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.

資格証の記号番号 Número da credencial cadastrada.			
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 por outros sistemas.	助成制度名 Nome do subsídio		
変更等事由発生日 Data das alterações	平成・令和 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 ()		
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 令和 Ano 年 Mês 月 Dia 日 <input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ O mesmo que o beneficiário elegível. 住所 Endereço 届出人 Requerente 氏名 Nome 電話番号 Telefone () - () - ()			
出雲市長様 Ao Sr prefeito de Izumo			

受付	照合