

㊦ 乳幼児等医療費受給資格内容変更届			
受給資格証番号			
乳幼児等の個人番号			
区分	変更種別	新	旧
受給資格者	ふりがな		
	住所	①	②
乳幼児等	ふりがな		
	住所	<input type="checkbox"/> ①と同じ	<input type="checkbox"/> ②と同じ
加入保険	被保険者氏名		
	保険種別		
	保険者名		
	保険者所在地		
	保険証記号番号		
	附加給付金の有無	有 ・ 無	有 ・ 無
	給付内容		
他の制度による医療費助成を受けることとなったとき	助成制度名		
変更事由発生日	年 月 日		
変更事由	1. 転出 2. 転居 3. 保険変更 4. その他 ()		
<p>上記のとおり変更等しましたのでお届けします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>受給資格者と同じ</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">届出人 氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p style="text-align: left;">出雲市長 様</p>			

受付	照合