

Notification of Changes Concerning the Eligibility for Children's Medical Aid
 子ども医療費受給資格内容変更届

Year 年 Month 月 Day 日

Mayor of Izumo City
 出雲市長 様

Notifier
 届出者 Address 住所 _____
 Name 氏名 _____
 Tel.number 電話番号 _____ - _____ - _____

I hereby notify that there have been changes concerning the eligibility for Children's Medical Aid.
 子ども医療費の受給資格に変更等がありましたので、届出します。

Certificate Number 受給資格証番号			
My Number of Eligible Child 助成対象子どもの個人番号			
Classification 区分	Type of Change 変更種別	New 新	Previous 旧
Beneficiary (primary provider) 受給資格者 (生計中心者)	Name 氏名		
	Address 住所		
Eligible Child 助成対象子ども	Name 氏名		
	Address 住所		
Insurance Information 加入保険	Name of the Insured Person 被 保 険 者 氏 名		
	Type of Insurance 保 險 種 別		
	InsuranceCompanyName 保 険 者 名		
	InsuranceCompanyAddress 保 険 者 所 在 地		
	Insurance Card Numbe 保 険 証 記 号 番 号		
	Additional Benefits 附 加 給 付 金 の 有 無	Yes 有 ・ No 無	Yes 有 ・ No 無
	Type of Benefit 給 付 内 容		
Type of Change 変 更 等 事 由	<input type="checkbox"/> Moving Out 転出 <input type="checkbox"/> Change of Address 転居 <input type="checkbox"/> Change of Insurance 保険変更 <input type="checkbox"/> Change of Name 氏名変更 <input type="checkbox"/> Change of Beneficiary 受給資格者の変更 <input type="checkbox"/> Other その他 ()		
Date of Change 変 更 等 事 由 発 生 年 月 日	Year 年	Month 月	Date 日

(notice) Please tick the relevant box. (注) 該当する口にレ印を記入してください。

受付	照合