ポルトガル語

様式第７号（第１０条関係）

Notificação de alteração no certificado de qualificação das despesas médicas da criança.
子ども医療費受給資格内容変更届

Ano 年　　Mês 月　　Dia 日

Ao Sr Prefeito de Izumo.　出雲市長　　様

Requerente　届出者　Endereço　住　所 _____

Nome　氏　名 _____

Telefone　電話番号 ____ ― ____ ― ____

Gostaríamos de notificar sobre algumas alterações que ocorreram na elegibilidade de despesas médicas da criança.　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。

Número da qualificação 受給資格証番号			
My Number da criança alvo 助成対象子どもの個人番号			
Custódia 区　分	Alteração espécies 変　更　種　別	Novo 新	Antigo 旧
Requerente (principal centro de subsistência) 受給資格者 (生計中心者)	Nome 氏名		
	Endereço 住所		
Criança alvo 助成対象子ども	Nome 氏名		
	Endereço 住所	□同上	□同上
Seguro inscrito 加入保険	Nome segurado 被保険者氏名		
	Tipo de seguro 保険種別		
	Nome do seguro 保険者名		
	Endereço seguradora 保険者所在地		
	Número cartão seguro 保険証記号番号		
	Possui benefícios adicionais 附加給付金の有無	Sim 有 ・ Não 無	Sim 有 ・ Não 無
	Detalhes benefício 給付内容		
Razão da alteração 変更等事由		□ Saída　転出 □ Mudança　転居 □ Alteração do Seguro　保険変更 □ Alteração no nome　氏名変更 □ Alteração do beneficiário　受給資格者の変更 □ Outros その他 (　　)	
Data da ocorrência e alteração 変更等事由発生年月日		Ano 年　Mês 月　Dia 日	

（注）該当する□にレ印を記入してください。

受付	照合