

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. The Certificate of Eligibility for Children's Medical Aid is attached with this notification.

子ども医療費の受給資格に変更がありましたので、受給資格証を添えて届出します。

Certificate Number 受給資格証番号			
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 保険種別		
	Insurance Company Name 保険者名		
	Insurance Company Address 保険者所在地		
	Insurance Card Number 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		
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□にレ印を記入してください。

受付	照合