

子ども医療費受給資格内容変更届

年 月 日

出雲市長 様

届出者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

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。

受給資格証番号			
助成対象子どもの個人番号			
区 分	変 更 種 別	新	旧
受給資格者 (生計中心者)	氏 名		
	住 所		
助成対象 子ども	氏 名		
	住 所	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> 同上
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			
変 更 等 事 由		<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 受給資格者の変更 <input type="checkbox"/> その他 ()	
変更等事由発生日		年 月 日	

(注) 該当する□にレ印を記入してください。

受付	照合