

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 _____

Devido à alteração no certificado de qualificação das despesas médicas da criança, notifico juntamente com a qualificação do subsídio.
 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。

Número da qualificação 受給資格証番号			
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		
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	<input type="checkbox"/> Saída 転出 <input type="checkbox"/> Mudança 転居 <input type="checkbox"/> Alteração do seguro 保険変更 <input type="checkbox"/> Alteração no nome 氏名変更 <input type="checkbox"/> Alteração do beneficiário 受給資格者の変更		
Data da ocorrência e alteração 変更等事由発生年月日	Ano 年 Mês 月 Dia 日		

(Observação) Favor assinalar no “□” correspondente. (注) 該当する□にレ印を記入してください。

受付	照合