

子どもの医療費受給資格内容変更届

令和 年 月 日

志賀町長 様

(届出者) 千

住 所

氏 名

電話番号

次のとおり、変更が生じたので受給資格者証を添えて届け出ます。

ふ り が な 子 ど も 氏 名		受給資格者番号			
		生 年 月 日		年 月 日	
変 更 事 由		1 氏名 2 住所 3 保護者 4 加入保険 5 振込先 6 その他		事由発生日 年 月 日	
変 更 項 目		新		旧	
氏 変 更	<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 保護者				
住 所	<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 保護者				
保 護 者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 養育者				
	生年月日	年 月 日		年 月 日	
	個人番号				
加 入 保 険	被保険者氏名			被保険者 住 所	
	記号・番号			保 険 者 号 番 号	
	保 険 者 名 称 (発行機関)			認 定 日 年 月 日	年 月 日
振 込 先 (申請者の口座)	銀 行 信用金庫 農 協 信 漁 連	本 店 支 店 支 所 出張所	口座 種別	1 普 通 2 当 座	
	口座名義	〈カタカナで記入〉			
そ の 他					

- 注 1 変更事由欄の該当する番号を○で囲み、変更する該当欄のみ記入してください。
- 2 加入保険変更の場合、健康保険証の写しを添付してください。
- 3 振込先変更の場合、通帳又はキャッシュカードの写しを添付してください。