

記載例

子ども医療費受給資格変更届

●年 ▲月 ■日

留 萌 市 長 様

届出者 住 所 留萌市幸町1丁目11番地
 氏 名 鯧 花子
 受給者との続柄 母
 電話番号 (0164) xx - xxxx

下記のとおり子ども医療費受給資格に変更がありましたので届け出ます。

記

受給者名		鯧 かずも		受給者番号				
受給者情報	住所	新	留萌市五十嵐町1丁目10番				変更	●年 ▲月 ■日
		旧	留萌市幸町1丁目11番					
	氏名	新	留萌 かずも				変更	●年 ▲月 ■日
		旧	鯧 かずも					
保険者名	新	全国健康保険協会 北海道支部		記号 番号	XXXXXXXXXXXX XX		変更	●年 ▲月 ■日
	旧	留萌市			留萌 XXXXXXXXXXXX			
被保険者 (世帯主)の 氏名	新	留萌 かずお		付加 給付	有・無 の内容	付加給付		
	旧	鯧 花子						
保護者等 情報	新	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> ※保険証が変わった場合は、 新しい保険証の写しが必要です。 </div>						月 日
	旧							
その他 ()	新	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 変更内容を記載してください。 変わらない項目については、 何も書き込まないでください。 </div>						変更 年 月 日
	旧							
* 処 理 欄	課長	係長	係	合議				日
	上記届出により次のとおり処理する。							
	受給者証 回収				済 ・ 未 (後日回収 ・ 破棄依頼 ・ その他)			

(注) 届出者は*欄は記入しないでください。