

様式第5号(第7条関係)

子ども医療費受給資格内容等変更届

年 月 日

砥部町長 様

届出人(受給資格者)氏名 _____

電話() _____

次のとおり、受給資格内容等に変更がありましたので、届け出します。

変更年月日:		変更者: <input type="checkbox"/> 受給資格者(保護者) <input type="checkbox"/> 子ども	
変更事項		変更前	変更後
受給資格者 (保護者)	住所		
	氏名		
	生年月日		
子ども	①	受給者番号	
		氏名	
		生年月日	
		続柄	
	②	受給者番号	
		氏名	
		生年月日	
		続柄	
	③	受給者番号	
		氏名	
		生年月日	
		続柄	
加入保険	保険者番号		
	記号番号(枝番)		
	被保険者氏名		
備考			

※添付書類 子ども医療費受給資格証、健康保険証