

子ども医療費助成金受給資格等変更届

中央市長様

次のとおり子ども医療費助成金受給資格者証変更申請をします。

申請日	平成 年 月 日		
保護者 (申請者)	フリガナ		
	氏名	※受給者証に記載する保護者名を記入してください (印)	
	住所	中央市	
	電話番号	— —	
子ども	フリガナ		生年 月日
	氏名		平成 年 月 日

変更事項

①住所・氏名の変更

		変更前	変更後
住所		中央市	中央市
子ども	フリガナ		
	氏名		
保護者	フリガナ		
	氏名		※受給者証に記載する保護者名を記入してください
	電話番号	— —	

②加入保険の変更

加入 医療 保険	被保険者 (世帯主) 氏名			保 険 者 名	国民健康保険 健康保険組合 共済組合 全国健康保険協会 支部
	保険証 記号番号	記号	番号		
		平成 年 月 日			
	資格取得日			保 険 種 別	国保・社保(協・組・共・他)
保険者(証) 番号					

③口座の変更

口座	金融機関名	本・支店名	口座 種別	口座番号	カナ名義 口座名義人
		銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所	普通 当座	

変更年月日	平成 年 月 日
その他の事項	

※ 変更届には受給資格者証を添付すること。