

子ども医療費に関する資格内容変更届

受給者番号		年 月 日	*個人番号* 番号がわかる方は記入願います。		
変更年月日		年 月 日			
変更内容		<input type="checkbox"/> 受給資格者 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 加入保険 <input type="checkbox"/> 資格喪失			
		旧		新	
受給資格者	住所	有田川町大字		有田川町大字	
	氏名				
子ども	住所	<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ場合はチェック 有田川町大字		<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ場合はチェック 有田川町大字	
	氏名				
加入保険	被保険者氏名 (組合員氏名)				
	保険証記号番号				
	保険者名				
	所在地				
	附加給付の有無	有 ・ 無		有 ・ 無	

※ 変更箇所のみ新旧を記入してください。

有田川町長 様

上記のとおり資格内容を変更しましたので届出いたします。

令和 年 月 日

受給資格者 住所 有田川町大字
 氏 名
 電話番号 — —

受領日 令和 年 月 日 受領者氏名 生年月日 S・H 年 月 日	(別世帯の方のみ記入必須) 受給資格者との関係(続柄) 住所 電話番号
---	--

職員確認欄	本人確認	免・パ・個カ・身・保・介・年手・年証・他 ()
-------	------	--------------------------