

乳幼児医療費に関する資格内容変更届

受給者番号			*個人番号*
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		
乳幼児	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 ()