

子どもの医療費受給資格内容変更届

令和 年 月 日

志賀町長 様

(申請者) 干  
住 所  
氏 名  
電 話 番 号

次のとおり、変更が生じたので受給資格者証を添えて届け出ます。

ふりがな		受給資格者番号							
子ども氏名		生年月日		平成	年	月	日		
変更事由		1 氏名 2 住所 3 保護者		事由発生日	平成	年	月	日	
		4 加入保険 5 振込先 6 その他							
変更事項		新			旧				
氏	<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 保護者								
住所	<input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 保護者								
保護者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 養育者								
	生年月日	年	月	日	年	月	日		
	個人番号								
加入保険	被保険者氏名				被保険者住所				
	記号・番号				保険者番号				
	保険者名称				認定年月日		年	月	日
振込口座	銀行 信用金庫 農協 信漁連	本支 出張	店 店所	<input type="checkbox"/> 座種別	1 普通 2 当座				
				<input type="checkbox"/> 座番号					
	<input type="checkbox"/> 座名義 (保護者名義)	〈カタカナで記入〉							
その他									

- 注 1 変更事由欄の該当する番号を○で囲み、変更する該当欄のみ記入してください。  
2 加入保険変更の場合、健康保険証の写しを添付してください。  
3 振込先変更の場合、通帳又はキャッシュカードの写しを添付してください。