

子ども医療費受給資格内容等変更届

妙高市長 宛て

次のとおり変更したので届け出します。

申請年月日

年 月 日

届出者 (受給者)	住 所	妙高市		
	氏 名			電話番号
<input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更				
子ども	氏 名	生 年 月 日		受 給 者 番 号
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
<input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 住所変更	新住所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ <input type="checkbox"/> 妙高市		
<input type="checkbox"/> 受給者変更	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ		子どもとの続柄	父・母・（ ）
	<input type="checkbox"/> 届出者以外 (保護者)	氏名		
		住所	妙高市	
<input type="checkbox"/> 加入医療保険 変 更	<input type="checkbox"/> 添付の写しのとおり		被保険者証の写し貼付	
	<input type="checkbox"/> 加入保険（被保険者証を添付した場合は記載不要）			
	被保険者 氏 名			被保険者証 の記号番号
	保 険 者 名	妙高市 ・ 全国健康保険協会 共済組合 健康保険組合 国民健康保険組合		記 号 番 号
				保 険 者 番 号

※市役所処理欄

受給者証	窓口交付
月 日	郵送交付