

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"/> 添付の資格情報が分かる書類の写しのとおり			
	<input type="checkbox"/> 加入医療保険 (資格情報が分かる書類を添付した場合は記載不要)			
	被保険者 氏 名			資格情報が 分かる書類の 記号・番号
	記号	番号		保険者番号
保 険 者 名	妙高市 ・ 全国健康保険協会 共済組合 支部 健康保険組合 国民健康保険組合			※市役所処理欄 受給者証 窓口交付 月 日 郵送交付