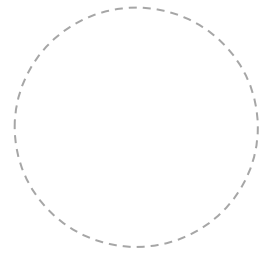


子ども医療費受給資格内容等変更届



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 令和 年 月 日

届出者 (受給者)	住所	〒 妙高市		
	<input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更	氏名	電話番号	
子ども	氏名	生年月日	受給者番号	
		平成 令和 年 月 日		
		平成 令和 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 住所変更	平成 令和 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 氏名変更	平成 令和 年 月 日		
	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	電話番号	
<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"/> 加入医療保険 (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	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		支部 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