

こども医療費受給資格内容等変更届出書

受給者番号				
こども	氏名			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
変更事項	事項	新		旧
	こども	氏名		
		住所	須賀川市	須賀川市
	保護者	氏名		
		個人番号		
		住所		
	加入保険	被保険者名		
		記号番号		
		認定年月日 (資格取得年月日)		
		保険者名		
		保険者番号		
	振込口座	金融機関名		
		支店名		
		口座種別		
		口座番号		
名義人(カナ)				
摘要				
上記のとおり変更が生じたので、受給資格証を添えてお届けします。		年 月 日		
須賀川市長		届出人 住所 須賀川市		
		(保護者) 氏名 印		
		(電話番号 - -)		
課長	課長補佐	係長	係員	受付
				照合

注 変更事項欄は、変更が生じたもののみ記入してください。