

こども医療費受給資格内容等変更届出書

受給者番号		0122334				
こども	氏名	須賀川 ぼたん				
	生年月日	平成15年4月3日	年 月 日	年 月 日		
変更事項	事項	新		対象のお子様の ・受給者番号 ・氏名 ・生年月日 を記入してください (1枚で3名分まで届出可能)		
	こども	氏名				
		住所				
	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		別紙のとおり (コピー添付で記入不要)		
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	加入保険変更		令和2年4月10日～			
上記のとおり変更が生じたので、受給資格証を添えて届出します。 令和2年4月15日 須賀川市長						
届出人 住所		須賀川市 八幡町135番地				
(保護者) 氏名		須賀川 太郎				
		(電話番号 0248-88-8114)				
課長	課長補佐	係長	係	保護者(被保険者)の 住所、氏名、電話番号を記入し 押印してください		

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。