様式第５号（第７条関係）

子ども医療費受給資格内容等変更届

年　　月　　日

久万高原町長　　様

住所　久万高原町

届出人　氏名

電話番号（　　）

下記のとおり子ども医療費の受給資格内容等に変更がありましたので、お届けします。

変更項目		変更前	変更後
受給資格者	住所		□届出人に同じ
	氏名		□届出人に同じ
	個人番号		□変更前に同じ
子ども	証番号		□変更前に同じ
	氏名	生年月日　　年　　月　　日	
	個人番号		□変更前に同じ
	証番号		□変更前に同じ
	氏名	生年月日　　年　　月　　日	
	個人番号		□変更前に同じ
	証番号		□変更前に同じ
	氏名	生年月日　　年　　月　　日	
	個人番号		□変更前に同じ
	証番号		□変更前に同じ
	氏名	生年月日　　年　　月　　日	
	個人番号		□変更前に同じ
加入医療保険	被保険者氏名		
	保険種別		
	記号		
	番号		
	保険者名		
変更理由	□氏名の変更　□転居 □医療保険の変更　□資格者の変更 □転出　□その他（　　） 変更年月日　　年　　月　　日		受付

□交付年月日（　.　.　）□郵送年月日（　.　.　）□システム入力

□証　回　収（　.　.　）