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。

	1 40				C/1F J< 1F	1 4 11 13	1-22	1	- (, , ,	<u> </u>
変	更	項	目	変	更	前		変	更	後
_	給 各者	住	所					□届出人に同	じ	
受資格		氏	名					□届出人に同	じ	
,,,,		個人:	番号					□変更前に同	じ	
		証 番	号					□変更前に同	じ	
	J. 6	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			
 → 1		個人:	番号					□変更前に同	じ	
十と		証 番	导					□変更前に同	じ	
		氏	名	生年月日	年	月	目			
		個人:	番号					□変更前に同	じ	
		証 番	号号					□変更前に同	じ	
		氏	名	生年月日	年	月	目			
		個人番号						□変更前に同	じ	
加	被保険者氏名									
入医療保険	保 険 種 別									
	記号									
	番号									
	保険者名									
変更理由	□氏名の変更 □転居 受付 □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									-
	 /	年日口	/	\	送年 F F	7 /)□シフテムス		

□交付年月日(.)□郵送年月日()□システム入力
-----------	--	----------	--	--	----------

□証 回 収(. .)