

子

子ども医療費受給資格内容等変更届

令和 年 月 日

(宛先) 三条市教育委員会

住 所  
申請者(受給者)  
氏 名

次のとおり変更が生じたので受給者証を添えて届出します。

受 給 者 証 番 号		90単子・通院		90単子・入院		
変 更 前	子 ど も	氏 名	生年月日			
		住 所	三条市	出生順位	第 子	
	受 給 者 (保 護 者)	氏 名	生年月日			
		住 所	三条市	〔電話番号 ( ) 〕		
変 更 事 由		市内転居・保険変更・受給者変更・その他( )変更 市外転出・死亡・保険喪失・その他( )喪失 〔事由発生年月日 年 月 日〕				
変 更 事 項	住 所					
	受 給 者	ふ り が な	生年月日		年 月 日	
		氏 名				
		住 所	三条市	〔電話番号 ( ) 〕		子どもとの 続 柄
		職 業				
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 (世帯主)氏名					
	記 号 ・ 番 号	記号	番号	認定年月日	年 月 日	
	保 険 者 名 ・ 番 号	名称				
	所 在 地					
	保 険 負 担 割 合	割				
子 の 数		子 → 子				
緊 急 連 絡 先 ※常時連絡が可能な連絡先		氏名	電話番号 ( )	子どもとの 続 柄		
そ の 他						

(注) 加入医療保険の変更の場合は、加入医療保険資格情報が分かる書類を持参してください。