

㊦

子ども医療費受給資格内容等変更届

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	年 月 日	
		住 所	三条市	出生順位	第 子	
	(保 護 者) 受 給 者	氏 名		生年月日	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〕				
住 所		三条市				
変 更	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					
事 項	加 入 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						