

子ども医療費受給資格内容変更届出書

令和 年 月 日

会津若松市長 （あて）

住 所 会津若松市

届出者 氏 名

電 話 （ ）

次のとおり受給資格内容に変更が生じたので届出します。

変 更 事 由	1 氏名 2 住所 3 加入健康保険 4 振込先金融機関 5 喪失（転出・国保加入）		
受給資格証番号	受給資格証番号	受給資格証番号	
子どもの氏名	子どもの氏名	子どもの氏名	
生年月日（平成・令和 年 月 日）	生年月日（平成・令和 年 月 日）	生年月日（平成・令和 年 月 日）	
現住所 会津若松市			
加入医療保険	被保険者氏名	記号	保険者番号
		番号	
	保険者名	子どもの認定年月日 平成・令和 年 月 日	勤 務 先
振込先金融機関	金融機関名	支店名	口座の種類 普通・当座
	名義人名（カタカナ）		口座番号
変更事由1～4 変更年月日 令和 年 月 日 (転居前住所)			備考
変更事由5 喪失年月日 令和 年 月 日 受給資格証の返還（済・未） (転出先住所)			

注1 変更事由欄の該当する番号を○で囲み、変更する該当欄のみ記入してください。

2 内容変更の事実を証明できるものを提示してください。

3 受給資格証を添付してください。

ここから下は、記入しないでください。

処 理	令和	年	月	日
変 更	令和	年	月	日