

# 記入例

提出日を記入してください。

## 子ども医療費受給資格内容変更届出書

令和 年 月 日

届出に来られる方の現在の(転出される場合は、転出前の)住所・氏名・電話番号を記入して下さい。

会津若松市長 (あて)

住所 会津若松市 東栄町3-46

届出者 氏名 若松 竹子

該当する変更事由を○で囲んでください。

電話 090 (0000) 0000

次のとおり受給資格内容に変更が があるので届出します。

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	8888888		受給資格証番号	資格者証の二段目の7桁の数字を記入して下さい(不明な場合は省略可)	
子どもの氏名	若松 竹子		子どもの氏名	お子様の氏名・生年月日を記入して下さい。	
生年月日 (平成)	令和20年 6月 23日		生年月日 (平成・令和)	年 月 日	
現住所	会津若松市 同上 (変更事由2の場合)				
加入医療保険	被保険者氏名	記号		保険者	
	別添のとおり (変更事由3の場合)				
	保険者名	子どもの認定年月日		勤務先	
		平成・令和 年 月 日		変更事由が3の場合の場合 お子様の健康保険証に記載されている内容を転記してください(コピーのみで省略も可)	
	支店名	口座の種類		普通 ・ 当座	
	別添のとおり (変更事由4の場合)	口座番号			
変更事由1~4	変更年月日	令和 4年 6月 29日			
(転居前住所)	会津若松市西栄町00-00				
変更事由5	喪失年月日	令和 4年 7月 4日			
(転出先住所)	受給資格証の返還 ( 済 ・ 未 )		変更事由5について 転出の場合は転出予定日を 国民健康保険加入の場合は加入日を記入してください。 当日資格者証を返還される場合は、済を、返還されない場合は未を○で囲んでください。 転出される場合は転出先の住所も記入してください。		
	郡山市〇〇町二丁目99-99				

市内転居の場合は、転居先の住所を、転出の場合は、転出前の住所を記入して下さい。

変更事由が4の場合  
保護者の口座の  
記載されている  
内容を転記して  
ください(コピー  
可)

変更事由1~4について  
変更日の記入と  
変更事由2について  
転居前の住所を  
記入して下さい。

- 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
- 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