

子ども医療費受給資格内容等変更届

|        |  |  |  |
|--------|--|--|--|
| 受給者証番号 |  |  |  |
| 子ども氏名  |  |  |  |

(1)子ども及び保護者の氏名・住所の変更

|                   |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|
| 子ども<br>変更後の氏名     |  |  |  |
| 保護者<br>変更後の氏名     |  |  |  |
| 子ども・保護者<br>変更後の住所 |  |  |  |

(2)加入している保険種別

|               |             |  |
|---------------|-------------|--|
| 変更後の<br>健康保険証 | 保 險 者 名     |  |
|               | 記 号 番 号     |  |
|               | 被 保 険 者 名   |  |
|               | 事 業 所 名     |  |
|               | 保 険 者 所 在 地 |  |

(3)振込先口座の変更

|                  |          |    |      |       |
|------------------|----------|----|------|-------|
| 振<br>込<br>口<br>座 | 金融機関名・店名 | 普通 | 口座番号 | 口座名義人 |
|                  |          |    |      |       |

上記のとおり変更事項が生じたので届けます。

年 月 日

石川町長 様

住 所

(届出人)

氏 名