

㊦ 子ども医療費受給資格内容等変更届			
受給者	ふりがな		電話番号
	氏名		
	住所	魚沼市	

児童	受給者番号	ふりがな 氏名	生年月日	個人番号
			H・R 年 月 日	
			H・R 年 月 日	
			H・R 年 月 日	

(変更項目の□に✓をつけ、変更後の内容を記入してください。)

変更事項	<input type="checkbox"/> 住所		魚沼市			
	<input type="checkbox"/> 氏名					
	受給者変更	ふりがな		性別	男 ・ 女	
		氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日	
		個人番号				
	住所	<input type="checkbox"/> 受給者に同じ		子どもとの 続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()	
加入保険変更	被保険者 (世帯主)氏名		保険者名			
	記号・番号	記号 番号	保険者番号			
上記のとおり変更が生じたので受給者証を添えてお届けします。						
令和 年 月 日			届出者 (受給者)			
魚沼市教育委員会 様						

(処理欄)

異動年月日	令和 年 月 日	受付年月日	令和 年 月 日
備考			受付者
			証回収 <input type="checkbox"/>