

第8号様式（第12条第1項）

子ども医療費受給資格変更届

年 月 日

栄町長 様

住 所

フリガナ

届出者 氏 名

(保護者) 電話番号

フリガナ

(子どもの氏名)

(子どもとの続柄)

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

次のとおり子ども医療費の助成金の受給資格に変更がありましたので、栄町子ども医療費の助成に関する規則第12条第1項の規定により、関係書類を添えて届け出ます。

変 更 事 項		住所・氏名・加入医療保険・その他（ ）			
保 護 者	住 所				
	フリガナ			電 話	
	氏 名			番 号	
子 ど も	住 所				
	フリガナ				
	氏 名				
加 入 医 療 保 険	保 険 者 名				
	保 険 者 番 号				
	保 険 種 別	1 社保 2 国保 3 国保組合 4 その他の組合 5 その他			
	被 保 険 者 氏 名				
	記 号 番 号	記 号		番 号	
	資 格 取 得 年 月 日	年 月 日			
変 更 年 月 日	年 月 日				

注

- 1 申請の内容に変更があった事項のみ記入してください。
- 2 加入している医療保険に変更があったときは、受給券及び新しい被保険者証、組合員証又は加入者証の写しを添付してください。
- 3 住所を変更したときは、受給券及び住民票の写しを添付してください。
- 4 氏名を変更したときは、受給券及び戸籍抄本を添付してください。
- 5 その他の変更事項については、受給券及び変更の事実を証する書類を添付してください。