

(様式第3号)

子ども医療費 受給資格・登録変更届
受給資格証変更交付申請書

年 月 日

綾町長 様

| | | |
|--------------|----|-----------|
| 申請者 (保護者) | 住所 | |
| | 氏名 | 印 (続柄) |

下記のとおり子ども医療費の受給資格が変更になりましたので、子ども医療費受給資格証の変更交付を申請します。

記

| | | | |
|-------|--------------|----------------|----------------|
| 受給者番号 | | | |
| | | 変更前 | 変更後 |
| 対象者 | ふりがな | | |
| | 氏名 | | |
| | 住所 | | |
| 医療保険 | 保険種別 | 政・組・日・船・共・国・国組 | 政・組・日・船・共・国・国組 |
| | 被保険者証等の記号・番号 | | |
| | 保険者名 | | |
| | 附加給付 | 有・無 | 有・無 |
| 変更年月日 | 年 月 日から | | |
| 備考 | | | |