

# 子ども医療費受給資格等変更届

令和 年 月 日  
犬山市長

住所  
届出者氏名  
電話番号（ — — ）

下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

受給者番号									
受給者	住所								
	氏名					昭和 平成			年 月 日
	個人番号								
子ども	氏名					平成 令和			年 月 日
	個人番号								

該当する事項にチェックを入れ、該当する項目に記入してください。

事項	<input type="checkbox"/> 氏名	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 加入医療保険等
	<input type="checkbox"/> その他（ : 年 月 日）		

記載欄（変更箇所のみご記入ください。）

事由発生年月日

変更 項目	受給者	住所						年 月 日
		氏名						年 月 日
	子どもの氏名							年 月 日
	加入	被保険者名及び受給者からの続柄		続柄 ( )				年 月 日
		被保険者・組合員又は世帯主の住所						
	医療	被保険者証又は組合員証の記号番号		記号		番号		
		保険者名		国民健康保険 国民健康保険組合 全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合 ( ) 支部				
	等	保険者番号				附加給付		
事業所の所在地								

備考						受付印
	受付確認システム	証交付				
				窓口 年 月 日	郵送 年 月 日	