

子ども医療費受給資格内容等変更届

保(受 護給 者者)	受給資格証番号			
	氏	名		
	住	所		
子 ど も	氏	名	生年月日	年 月 日
	住	所	保護者に同じ・別 →	
変 更 事 項	新			旧
	氏	名		
	住	所		
	加 入 保 険	記号番号		
		保険者名		
		摘要		
	振 込 先	金融機関名		
		口座名義 (カナ)		
		口座番号		
	備	考		

上記のとおり変更が生じたので受給資格証を添えてお届けします。

年 月 日

中島村長

住 所

届出人 氏 名

TEL ()