

子ども医療費受給資格内容変更届

年 月 日

かほく市長 様

次のとおり、変更がありましたので、届け出ます。

申請者 (父・母・又は養育者)	ふりがな		性別	生年月日	
	氏名	Ⓜ	男・女	昭和 平成	年 月 日
	住所	かほく市 TEL ()			
変更事由 【該当するものに○】	1. 氏名	2. 住所	3. 加入保険	4. 振込先金融機関	
	5. 受給資格喪失 (喪失事由) (喪失日) 令和 年 月 日			6. その他	
子ども	ふりがな 氏名				
	生年月日	平成 年 月 日 令和	平成 年 月 日 令和	平成 年 月 日 令和	平成 年 月 日 令和
	住所				
加入保険	保険者名	(保険者番号)	(保険者番号)	(保険者番号)	
	記号				
	番号				
	被保険者名				
	認定年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
振込先	金融機関				
	支店名				
	種別				
	口座番号				
	口座名義 (カタカナ)				