

決 裁						担当者	受 付	年 月 日
							伺	年 月 日
							決 裁	年 月 日

子ども医療費受給資格内容等変更届

燕 市 長 様

年 月 日

(届出日現在の)

住 所	燕市	受給者氏名	⑨
	電話( )	個人番号	
		子ども氏名	
		個人番号	
受給者番号		子 ども 生 年 月 日	年 月 日

(注) 記名押印に代えて署名することができます。

次のとおり、登録内容に変更が生じたため届け出ます。

加入医療保険資格情報について、燕市長が関係当局に報告を求めることに同意します。

変更した項目の□内に レ印を付けてください		変 更 前	変 更 後
<input type="checkbox"/>	住 所	燕市	上記受給者の住所と同じ
<input type="checkbox"/>	受 給 者 氏 名	子どもとの続柄	上記受給者の氏名と同じ  子どもとの続柄
<input type="checkbox"/>	子 ども 氏 名		上記子どもの氏名と同じ
<input type="checkbox"/>	加 入 者 名 (組合員/世帯主)		
	記 号 ・ 番 号		
	保 険 者 名 (保険の種類)		
	資格認定日(被扶養の認定日)		年 月 日
	標準負担額減額認定証の有無	有 ・ 無 (有効期限: )	年 月 日
<input type="checkbox"/>	そ の 他		

《送付先変更依頼》

子ども医療費助成に関して、市からの案内や通知類については、右欄に記載した宛先に送付してください。	〒
送付先を変更する理由	
送付先を変更する期間	年 月 日から 年 月 日まで