

子どもの医療費受給資格登録内容変更届

| | |
|------|--|
| 届出日 | 年 月 日 |
| 変更事項 | 子ども (□住所・□氏名) 保護者 (□住所・□氏名) <input type="checkbox"/> 加入保険 <input type="checkbox"/> 振込指定口座 <input type="checkbox"/> その他 () |

吉野ヶ里町長 様

子どもの医療費受給資格登録内容に変更があったので、次のとおり届け出ます。

| | | | | | | | |
|----------|---------------|---|--|----------------------|-----------------|-------|-------|
| 届出者(保護者) | 住所 | | | | | | |
| | ふりがな | | | | | | |
| | 氏名 (口座名義人) | | | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| | 電話番号 | 自宅・保護者携帯・その他 () | | 対象者との続柄 | | | |
| 対象者(子ども) | 住所 | <input type="checkbox"/> 届出者と同じ <input type="checkbox"/> 吉野ヶ里町 | | | | | |
| | ふりがな | | | 性別 | | | |
| | 氏名 | | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 | |
| 加入保険 | 加入保険の名称 | | | | | | |
| | 被保険者名 | | | 被保険者証記号・番号 | | | |
| 振込指定口座 | 金融機関名 | | | 銀行 金庫 組合 農協 | 支店 支所 出張所 | | |
| | 口座番号 | | | | | 種別 | 普通・当座 |

下記の対象者についても、上記登録情報と同様に変更があったので届け出ます。

| | | | | | | | |
|----------|------|--|--|-----|------|-------|--|
| 対象者(子ども) | ふりがな | | | 性別 | | | |
| | 氏名 | | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | ふりがな | | | 性別 | | | |
| | 氏名 | | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 | |
| 対象者(子ども) | ふりがな | | | 性別 | | | |
| | 氏名 | | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 | |

- 注1 届出者及び対象者の欄は、変更の有無にかかわらず必ず記入してください。
- 注2 保護者氏名を変更する場合は、振込指定口座も必ず変更してください。
- 注3 届出者欄の電話番号には、連絡が付きやすい電話番号を記入してください。
- 注4 加入保険が国民健康保険の場合は、被保険者氏名欄には世帯主氏名を記入してください。
- 注5 振込指定口座の変更は、届出日の翌月振込分から適用されます。