

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。