

子ども医療費受給資格内容変更等届			
資格証の記号番号			
区分	変更種別	新	旧
受給 資格者	ふりがな 氏 名		
	住 所		
子ども	ふりがな 氏 名		
	住 所		
加入医療 保険	被保険者氏名		
	保 險 種 別		
	保 險 者 名		
	保険者所在地		
	保険証記号番号		
	附加給付金の有無	有・無	有・無
	給 付 内 容		
他の制度による医療費助成を受けることとなったとき		助成制度名	
変更等事由発生年月日		年 月 日	
変更等事由		1 保険変更 2 住所変更 3 その他()	
上記のとおり、変更などしたのでお届けします。			
年 月 日 住 所			
届出人			
氏 名			
(子どもとの続柄)			
(あて先) 松江市長			

受付者 () 証発行 (窓口交付済・郵送対応)