

㊦ 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 険 種 別		
	保 険 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( )		
<p>上記のとおり、変更等したのでお届けします。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">届出人</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">(子どもとの続柄 )</p> <p>(あて先) 松江市長</p>			

受付者 ( ) 証発行 (窓口交付済・郵送対応)