

子ども医療費受給資格登録申請書 兼 内容変更届

記入例
住所変更・氏名変更

次の条件を付して所得・課税状況を調査することに同意します。

- 1 期 間 こども医療費の受給資格取得日から資格を喪失するまで。
- 2 目 的 こども医療費助成に係る県補助金対象の有無を確認するため。
- 3 その他 調査結果を目的外には使用しない。

申請日を記入

平成30年 7月 1日

該当箇所にし点を記入

添付書類：なし

※受給資格者の氏名変更の際は、加入保険、振込金融機関の変更も必要。添付書類：通帳（受給資格者）の写し、保険証（被保険者と子）の写し。

住 所 矢吹町一本木 101

変更後の住所、氏名を記入

氏 名 矢吹 太郎

Ⓜ

(電話 0248-42-2230)

登 録 申 請 書 【出生 転入 社会保険（国保組合）加入 その他】

内容変更届（受給者番号 30080）【加入保険 受給資格者 振込口座 住所 氏名 その他】

受給資格者と同じ住所の時は同上と記入

受給資格者 (保護者)	フリガナ	ヤブキ タロウ	電話番号	090-△△△△-△△△△			
	氏名	矢吹 太郎	個人番号	未記入で可			
	住所	矢吹町一本木 101					

こども	フリガナ	ヤブキ イチロウ	生年月日	H 30年 7月 1日			
	氏名	矢吹 一郎	続柄	子	性別	Ⓜ・女	
	住所	同上					

加入保険	保険者名	銀行・農協 信金・信組	店	普通			
	被保険者氏名	保険者番号					
		記号番号					
	被保険者住所	認定年月日 (資格取得年月日)					

振込金融機関名	銀行・農協 信金・信組	店	普通			
名義人(カナ) (保護者)		口座番号				

処理欄	資格取得日	年 月 日	資格満了日	年 月 日
	受給者番号		加入保険	