

## 子ども医療費受給資格登録変更届

年 月 日

多古町長 様

申請者 (保護者)	住所	〒      —
	電話	—      —
	氏名	(子どもとの続柄)      ㊟

下記のとおり受給資格の登録事項の内容に変更・誤りがありましたので、受給登録の変更及び子ども医療費助成受給券の変更を申請します。

記

保 護 者	住 所	〒		
	フリガナ 氏 名		電話 番号	—
子 ど も	住 所	〒		
	フリガナ 氏 名		生年 月日	年 月 日
振 込 口 座 ( 保 護 者 )	金融機関名	銀行 (ゆうちょ銀行は除く)・金庫・組合・農協		
	支 店 名	本店・支店		
	口 座 番 号			
	フリガナ 口座名義人			
加 入 医 療 保 険 ( 子 ど も )	保 険 者 名			
	保 険 者 番 号			
	保 険 種 別	1. 社保 2. 国保 3. 国保組合 4. その他の国保組合 5. その他		
	被 保 険 者 名			
	記 号 番 号	記 号	番 号	
	資 格 取 得 年 月 日	年 月 日		

注) 変更があった事項のみ記入してください。又、振込口座及び加入医療保険に変更が生じた場合は、下記書類を添付してください。

(添付書類) 1. 通帳 (写) 2. 被保険者証 (写)