様式第５号（第７条関係）

子ども医療費受給資格内容等変更届出書

令和　　　年　　　月　　日

山元町長

　住　所

　届出者　氏　名

（続柄：　　　　　）

電　話

子ども医療費受給資格登録内容に変更が生じたので、山元町子ども医療費の助成に関する条例第７条第２項の規定により、次のとおり届け出ます

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者 | | フ リ ガ ナ | | | | | | | |  | | | | 個人番号（マイナンバー） | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | | | | | |  | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 子　ど　も | | 受給者番号 | | | | | | | |  | | 性別 | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  | | 男・女 | | 平成・令和  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
|  | |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  | | 男・女 | | 平成・令和  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
|  | |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  | | 男・女 | | 平成・令和  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
|  | |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更事項 | | | | | | | | | | □ 健康保険証　（添付書類：新しい健康保険証の写し）  □ 受給口座　（添付書類：新しい振込先の通帳またはキャッシュカードの写し）  □ 受給者  □ 住所  □ その他　（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 旧 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 新 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〈保険変更の場合〉  国保と全国健康保険協会の場合は不要。  ※勤務先記入欄  付加給付に  関する証明 | | | | | | | | | | 上記受給者の家族療養費に対する付加給付は次のとおりです。  （給付規定等の内容）  上記のとおり相違ないことを証明します。  　　　　　年　　　月　　　　日  　　　　　　　事業所名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 処 理 欄 | | 起案日　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | 受付印 | | | | | | | |
| 証交付　　　有　・　無 | | | | | | | | | | 交付日　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 課長 | | | | | 参事 | | | | 班長 | 班員 | | 担当 | | | | | |
|  | | | | |  | | | |  |  | |  | | | | | |