

様式第7号(第7条関係)

子ども医療費受給資格登録事項変更届

年 月 日

豊後高田市長 様

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
(子どもとの関係)
電話番号

子ども医療費受給資格の登録事項に変更があったので、次のとおり届け出ます。

受給者番号													
		変 更 前				変 更 後							
子 ど も	ふりがな												
	氏名												
	住所												
医 療 保 険	保険種別	政・組・船・共・国				政・組・船・共・国							
	被保険者証等の記号番号												
	保険者名												
	付加給付	有 ・ 無				有 ・ 無							
変更年月日		年 月 日から											
備 考													