第７号様式(第９条関係)

こども医療費受給資格内容変更届

令和　　年　　月　　日

草加市長　　あて

必ず連絡の取れる電話番号を記入してください。

住　所 草加市
届出人　氏　名　　㊞
電話・FAX

(氏名を署名したときは、押印を省略できます。)

次のとおり、
□加入医療保険
□振込口座
□住所
□氏名（□受給者、□こども）
の変更が生じたので届け出ます。

受給者氏名	□届出人と同じ（記入不要）			
住　　所	□届出人と同じ（記入不要）			
対象となるこども	受給者番号	氏名	生年月日	
			平成 令和	年　月　日
			平成 令和	年　月　日
			平成 令和	年　月　日
			平成 令和	年　月　日

変更内容（変更しないところは記入不要）	加入医療保険	記号・番号	記号	番号
		被保険者名	□届出人と同じ（記入不要） □受給者と同じ（記入不要）	
		保険者番号		
		保険者名称	□健康保険組合 □全国健康保険協会 □国民健康保険 □国民健康保険組合 □共済組合	
		資格取得日	平成 令和　　年　　月　　日	
	振込口座	金融機関名 支店名	銀　行 信用金庫 農　協　　支店	
		口座番号	□普通 □当座 □貯蓄	
		口座名義人	(カタカナで記入)	