

住所変更

子ども医療費受給資格内容変更届

令和 2年 6月 1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 高砂1-1-1
届出人 氏名 草加 太郎 (印)
電話・FAX 048-000-0000

(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、子ども)
の変更が生じたので届け出ます。

受給者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ (記入不要)		
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ (記入不要)		
対象となる子ども	受給者番号	氏名	生年月日
	1 2 3 4 5 6 7	草加 花子	平成 29年 1月 1日
	7 6 5 4 3 2 1	草加 次郎	平成 元年 12月 12日
			平成 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 <input type="text"/> 番号 <input type="text"/>
		被保険者名	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ (記入不要)
		保険者番号	<input type="text"/>
		保険者名称	<input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 共済組合
		資格取得日	平成 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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="text"/>	
	口座名義人	(カタカナで記入)	

必要書類：子ども医療費受給者証