

# 口座変更

## こ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



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。)

加入医療保険

振込口座

次のとおり、

住所

の変更が生じたので届け出ます。

氏名 (  受給者、  こども )

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)			
対象となるこども	受給者番号	氏名	生年月日	
	1 2 3 4 5 6 7	草加 花子	平成 令和 29年 1月 1日	
	7 6 5 4 3 2 1	草加 次郎	平成 令和 元年 12月 12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	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ (記入不要)	
		保険者番号		
		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 令和	年
	振込口座	金融機関名 支店名	草加	銀行 信用金庫 農 協
口座番号		<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	7 6 5 4 3 2 1	
口座名義人		(カタカナで記入) ソウカ タロウ		

必要書類：受給者の口座番号のわかるもの (通帳・キャッシュカード等の写し)