

こども医療費受給資格内容変更届

令和 年 月 日

草加市長 宛て

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	<table><tr><td>記号</td><td></td><td>番号</td><td></td></tr></table>										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	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	
	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	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
口座名義人	(カタカナで記入)																			