

様式第5号(第11条関係)

すこやか子ども医療費助成金受給資格等変更届

年 月 日			
山中湖村長 殿			
申請者 住 所 山中湖村 (保護者) 氏 名 _____ ④ (自署の場合押印省略可) 電 話 (- -)			
フリガナ		生年月日	受給者番号
子ども氏名		年 月 日	
変 更 年 月 日	年 月 日		
変 更 事 項	変 更 前	変 更 後	
保 子 護 者 も	氏 名		
	住 所		
加 入 医 療 保 険	名 称	健康保険組合 共済組合 健康保険協会	健康保険組合 共済組合 健康保険協会
	種 別	国保・社保(政・組・共・他)	国保・社保(政・組・共・他)
	記号番号		
	保 険 者 番 号		
変 更 理 由			
そ の 他 の 事 項			

※ 変更届には受給資格証を添付すること。