

子ども医療費給付受給資格者登録事項変更届

年 月 日

垂水市長 殿

住 所
届出者 氏 名

下記のとおり、変更がありましたので届け出ます。

なお、変更の際し、私の世帯及び扶養義務者の地方税関係情報並びに対象者の加入医療保険情報（個人番号を利用した情報連携を含む。）について、垂水市が取得し、又は確認することに同意します。

受 給 資 格 者		氏 名															
		住 所															
子 ども		受 給 資 格 者 証 番 号															
		氏 名															
登 録 事 項			旧							新							
変 更 の 内 容	子 ども	氏 名															
		住 所															
	医 療 保 険	保 険 の 種 類	政 組 日 船 共 国							政 組 日 船 共 国							
		記 号 ・ 番 号															
		被 保 険 者 氏 名															
		附 加 給 付 金 の 内 容	無 ・ 有 ()							無 ・ 有 ()							
	振 込 先 金 融 機 関	名 称	銀行・金庫 組合・農協				支 所 支 店			銀行・金庫 組合・農協				支 所 支 店			
		預 金 種 別	普 ・ 当							普 ・ 当							
		口 座 番 号															
		口 座 名 義 人 (カ ナ)															
	そ の 他																
	変 更 年 月 日			年 月 日													
	届出者が受給資格者と異なっているときは、その事情																
	※ この欄は市に おいて記入	決 裁	課 長	補 佐	係 長	係			受 付	年 月 日							
								決 裁	年 月 日								
								交 付	年 月 日								