

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
名

下記のとおり、変更がありましたので届け出ます。

なお、変更に際し、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)								
その他の									
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									
※おいて記入 この欄は市に	決裁	課長	補佐	係長	係	受付	年月日		
						決裁	年月日		
						交付	年月日		