

様式第3号（第4条、第7条関係）

子ども医療費（ 受給資格登録変更届 ）
 （ 受給資格証変更交付申請書 ）

年	月	日
---	---	---

（宛先）えびの市長

届出・申請者 （保護者）	住 所	
	氏 名	印 （子どもとの続柄）

下記のとおり子ども医療費の受給資格登録内容の変更を届け出ます。また、子ども医療費受給資格証の変更交付を申請します。

記

受 給 者 番 号		
	変 更 前	変 更 後
子 ど も	ふ り が な	
	氏 名	
	住 所	
医 療 保 険	保 険 種 別	協・組・日・船・共・国・国組
	被 保 険 者 証 等 の 記 号 ・ 番 号	
	保 険 者 名	
	附 加 給 付	有 ・ 無
個 人 番 号		
変 更 年 月 日	年 月 日から	
備 考		