

子ども医療費受給資格変更届出書

令和 年 月 日

名 取 市 長 あて

申請者（保護者）

住 所	
氏 名	
連絡先電話番号	()

以下のとおり変更があったので、受給者証を添えて届けます。

子どもの氏名			
子どもの生年月日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日
受給者番号			

変更年月日	令和 年 月 日
-------	----------

《変更があった項目について記入してください》

		新	添付書類	
1	受給者氏名※		☐ 再婚等により新たに所得判定に含める人がある場合は同意書	
2	受給者住所			
3	加入保険	記 号 ・ 番 号	☐ 変更後の健康保険が確認できるもの（保険証、資格確認書等）の写し	
		保 険 者 番 号		
		保 険 者 の 名 称		
4	振込口座	金 融 機 関 名	☐ 変更後の振込口座がわかるもの（通帳・キャッシュカード等）の写し※受給者名義の口座に限る	
		支 店 名		
		預 金 種 別		普通 ・ 当座
		口 座 番 号		
		名義人名（か）		
5	その他（ ）			

※受給者変更の場合、振込口座もあわせて変更してください。

市記入欄	本人確認書類	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他（ ）
------	--------	--