

母子・父子家庭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（受給者）

住 所		受給者番号
氏 名		生年月日
連絡先電話番号	()	S・H 年 月 日

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
-------	----------

《変更になった項目について記入してください》

			新	提出書類
1	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		
2	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）		
3	その他（ ）			

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（ ）
	対象者コード(受給者)	