様式第７号（第１０条関係）

子ども医療費受給資格内容変更届

　　　　年　　月　　日

出雲市長　　様

届出者　住　所

氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 － 　 －

　子ども医療費の受給資格に変更等がありましたので、届出します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給資格証番号 | |  | |
| 助成対象子どもの個人番号 | |  | |
| 区　分 | 変　　更　　種　　別 | 新 | 旧 |
| 受給資格者  （生計中心者） |  |  |  |
| 住所 |  |  |
| 助成対象  子ども |  |  |  |
| 住所 | □同上 | □同上 |
| 加入保険 | 被保険者氏名 |  |  |
| 保険種別 |  |  |
| 保険者名 |  |  |
| 保険者所在地 |  |  |
| 保険証記号番号 |  |  |
| 附加給付金の有無 | 有　　・　　無 | 有　　・　　無 |
| 給付内容 |  |  |
| 変更等事由 | | □　転出  □　転居  □　保険変更  □　氏名変更  □　受給資格者の変更  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 変更等事由発生年月日 | | 年　　　月　　　日 | |

（注）該当する□にレ印を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受付 | 照合 |
|  |  |