

記入例

子どもの医療費 (受給資格登録変更届
受給資格証変更交付申請書)

保険証の変更があった方は
受給者(子どもさん)の保険証の
コピーを添付してください。

提出日

○年○月○日

申請者 (保護者)	住所	嬉野市塩田町大字馬場下甲 1769番地
	氏名	嬉野 太郎 <small>(※記名押印に代えて署名可)</small> <small>(受給者との続柄 父)</small>

次のとおり子どもの医療費の受給資格が変更になりましたので、子どもの医療費受給資格証の変更交付を申請します。

受給者番号									
		変 更 前				変 更 後			
受給者	ふりがな	うれしの はなこ				しおた はなこ			
	氏名	嬉野 花子				塩田 花子			
	住所	嬉野市塩田町大字馬場下甲 1769番地				嬉野市嬉野町大字下宿乙 1185番地			
医療保	保険種別	協・組・船・共・国				協・組・船・共・国			
	被保険者証等の 記号・番号	1234		56789		嬉		56789	
	保険者名	全国保険協会佐賀支部				嬉野市			
険	付加給付	有 ・ 無				有 ・ 無			
変更年月日		○年○月○日から							
備考									

氏名変更の場合
ここを記入してください。

住所変更の場合
ここを記入してください。