

## みまっこ医療費受給資格内容変更届

美馬市長 殿

年 月 日

下記のとおり変更しましたのでお届けします。

|       |  |                |                            |                |         |
|-------|--|----------------|----------------------------|----------------|---------|
| 受給資格者 | 氏名   | [フリガナ]         | 性別                         | 生年月日           | 続柄      |
|       |  |                |                            | 昭和 平成<br>年 月 日 |         |
|       | 住所   | 美馬市 [Tel - - ] |                            |                |         |
| 対象子ども | 受給資格証番号                                    |                | 異動年月日                      | 年 月 日          |         |
|       | 氏名   | [フリガナ]         | 性別                         | 生年月日           |         |
|       |  |                |                            | 平成 令和<br>年 月 日 |         |
|       | 住所   | 美馬市 [Tel - - ] |                            |                |         |
| 対象子ども | 受給資格証番号                                    |                | 異動年月日                      | 年 月 日          |         |
|       | 氏名   | [フリガナ]         | 性別                         | 生年月日           |         |
|       |  |                |                            | 平成 令和<br>年 月 日 |         |
|       | 住所   | 美馬市 [Tel - - ] |                            |                |         |
| 対象子ども | 受給資格証番号                                    |                | 異動年月日                      | 年 月 日          |         |
|       | 氏名   | [フリガナ]         | 性別                         | 生年月日           |         |
|       |  |                |                            | 平成 令和<br>年 月 日 |         |
|       | 住所   | 美馬市 [Tel - - ] |                            |                |         |
| 被保険者  | 氏名   | [フリガナ]         | 性別                         | 生年月日           |         |
|       |  |                |                            | 昭和 平成<br>年 月 日 |         |
|       | 住所   | 美馬市 [Tel - - ] |                            |                |         |
| 保 険   | 保険者名及び番号                                   |                | 被保険者証記号番号                  | 事業所の名称         | 付加給付の有無 |
|       |  |                |                            |                | 有<br>無  |
|       | 保 険 の 種 類                                  |                | 日 ・ 協 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 国 ・ 国組 |                |         |
| 異動理由  | 1 氏名・保護者の変更<br>2 住所の変更<br>3 保険の変更<br>4 再交付 |                |                            |                |         |
| 備 考   |  |                |                            |                |         |

**\*助成対象となる子どもの健康保険証の写しを添付してください。**