

(様式第3号)

子ども医療費 受給資格登録変更 申請書  
受給資格者証変更交付

年 月 日

中津市長 あて

申請者 (医療保険被保険者 又は世帯主名)	住所	〒 ー 中津市 電話 ー ー									
	氏名	(こどもとの続柄 )									
	個人番号										

下記のとおり、子ども医療費の受給資格が変更になりましたので、子ども医療費受給資格者証の変更交付を申請します。

なお、子ども医療費受給資格の変更登録のために、こどもの医療保険の資格情報を公簿等により確認することに同意します。

記

受給者番号												
		変更前					変更後					
こども	フリガナ											
	氏名											
	生年月日	年 月 日										
	個人番号											
	住所	中津市					中津市					
医療保険	保険種別	協・組・船・共・国					協・組・船・共・国					
	被保険者等の記号・番号											
	被保険者氏名 又は世帯主名											
	保険者名											
	保険者番号											
	附加給付	有・無					有・無					
		資格喪失日					資格取得日					
変更年月日		年 月 日から										
備考	氏名変更 ・ 転居 ・ 健康保険変更 ・ 個人番号変更											