

## こども医療費受給資格内容等変更届

受給資格者	氏名		電話番号	( )		
	住所	春日部市				
こども	受給者番号	氏名	生年月日			
			H・R 年 月 日			
			H・R 年 月 日			
			H・R 年 月 日			
			H・R 年 月 日			
	住所	<input type="checkbox"/> 同上 春日部市				
氏名変更		旧氏名				
住所変更		旧住所	春日部市			
保険変更	種類	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 船員保険		被保険者名		
	記号・番号	記号		番号		
	名称			保険者番号		
振込先変更	金融機関名			金融機関コード		
	支店名			支店コード		
	口座番号			種別	普通	
	名義(カナ)					
変更理由発生日		平成・令和 年 月 日				
上記のとおり届け出ます。 令和 年 月 日 届出人 住所 <span style="font-size: 2em;">{</span> <input type="checkbox"/> 同上 <span style="font-size: 2em;">}</span> 氏名 春日部市長 あて						

※氏名・住所変更の場合、受給者証を 回収済み 訂正済み 未回収・未訂正

記入例

子ども医療費受給資格内容等変更届

受給資格者	氏名	春日部 太郎	電話番号	048 ( 736 ) 1111
	住所	春日部市 中央六丁目2番地 やぎさきマンション202		
こども	受給者番号	氏名	生年月日	
	1   1   1   1   1   1   1	春日部 一郎	H・R 2年 1月 20日	
	2   2   2   2   2   2   2	春日部 花子	H・R 6年 5月 1日	
			H・R 年 月 日	
			H・R 年 月 日	
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 春日部市		

変更する事項の欄をご記入ください	氏名変更	旧氏名	八木崎 一郎 ・ 八木崎 花子			
	住所変更	旧住所	春日部市 中央七丁目2番地1 カスカベコーポ105号			
	保険変更	種類	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 船員保険		被保険者名	春日部 太郎
		記号・番号	記号	6 1 4	番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6
	名称	春日部国民健康保険組合		保険者番号	0   0   1   1   0   1   4   8	
振込先変更	金融機関名	やぎさき銀行		金融機関コード	8   8   8   8	
	支店名	八木崎支店		支店コード	7   7   7	
	口座番号	9   8   7   6   5   4   0	種別	普通		
	名義(カナ)	カスカベ タロウ				

変更理由発生日	平成 (令和) 6年 6月 5日
---------	------------------

上記のとおり届け出ます。

令和 6年 6月 7日

届出人 住所 (  同上 )

氏名 春日部 太郎

春日部市長 あて

※氏名・住所変更の場合、受給者証を 回収済み 訂正済み 未回収・未訂正