

こども医療費受給資格内容等変更届

提出される日を記入してください。

令和〇〇年〇月〇日

(宛先) 富士見市長

次のとおり変更が生じたので、私（受給資格者）は受給資格証を添えて届け出ます。なお、こども医療費の受給資格の変更にあたり、必要となる情報を公簿等により確認することに同意します。

受給資格者	氏名	富士見 太郎	生年月日	平成〇〇年〇月〇日
	住所	富士見市大字鶴馬1800-1	こどもとの続柄	父
対象となるこども	氏名	富士見 あゆみ	生年月日	令和〇〇年〇月〇日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給資格者と同じ	受給者番号	1234567
対象となるこども	氏名	富士見 勝馬	生年月日	令和〇〇年〇月〇日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給資格者と同じ	受給者番号	1234568
対象となるこども	氏名	富士見 瑞穂	生年月日	令和〇〇年〇月〇日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給資格者と同じ	受給者番号	1234569

変更事項 ※変更部分のみ記入してください。

<input type="checkbox"/>	対象となるこども	氏名 (ふりがな)	(ふりがな)	(ふりがな)
	住所	富士見市		
<input type="checkbox"/>	受給資格者	氏名 (ふりがな)	座も変更	
	住所	電話 ( )		
<input checked="" type="checkbox"/>	加入医療保険	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> マイナポータル画面 <input type="checkbox"/> 後日提出 ※写しを添付(記入不要)		
	記号番号	123	4567	被保険者等の氏名
	保険者番号	123456		富士見 太郎 こどもとの続柄 (父)
	保険者名	東京健康保険組合	資格取得日	令和〇〇年〇月〇日
<input type="checkbox"/>	受給資格者の振込口座	<input type="checkbox"/> 児童手当と同じ口座 <input type="checkbox"/> 上の子と同じ口座 <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり(記入不要)		
	銀行	支店	1 普通 2 当座	
	信金協	出張所	口座番号	
	(店番)		カナ名義	