

こども医療費受給資格内容等変更届

令和 年 月 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		生年月日	年	月	日
	住所		こどもとの続柄			
対象となるこども	氏名		生年月日	年	月	日
	住所	<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ		受給者番号		
対象となるこども	氏名		生年月日	年	月	日
	住所	<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ		受給者番号		
対象となるこども	氏名		生年月日	年	月	日
	住所	<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ		受給者番号		

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)	※振込口座も変更			
		住所	<input type="checkbox"/> 対象となるこどもと同じ		電話	()	
<input type="checkbox"/>	加入医療保険	<input type="checkbox"/> こどもの加入医療保険証の写しを添付(記入不要)					
		記号番号		被保険者等の氏名	こどもとの続柄 ()		
		保険者番号		資格取得日	年	月	日
		保険者名					
<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			