

子ども医療費受給資格内容等変更届

令和 年 月 日

西 予 市 長 様

届出人 住 所

氏 名

電 話

次のとおり子ども医療費受給資格内容等に変更がありましたのでお届けします。

受 給 資 格 者 氏 名	
---------------	--

該当者 に○	受 給 者 番 号	子 ども 氏 名	生 年 月 日	受 給 者 証 の 添 付
				有・無

変 更 事 項	変 更 前	変 更 後	
受給資格者 子 ども (該当に○)	住 所		
	氏 名		
子 ども の 加 入 医 療 保 険	被保険者または 世帯主の氏名		
	記 号 番 号		
	保 険 者 番 号 及 び 名 称		
	保 険 種 別	国 協 協 共 健 保 会 船 濟 組	国 協 協 共 健 保 会 船 濟 組
	附 加 給 付	有 ・ 無	有 ・ 無
そ の 他 の 事 項			
変 更 年 月 日	令和 年 月 日		

(注) この届出には、子ども医療費受給資格証を添付してください。