別記様式第9号(第8条関係)

子ども医療費受給資格変更届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 子ども氏名 |  | | | | | | 受給者番号 | | | |  | | | | |
| 生年月日 | | | |  | | | | |
| 子ども氏名 |  | | | | | | 受給者番号 | | | |  | | | | |
| 生年月日 | | | |  | | | | |
| 子ども氏名 |  | | | | | | 受給者番号 | | | |  | | | | |
| 生年月日 | | | |  | | | | |
| 変更事項 | □加入保険　　□住所　　□受給者　　□振込口座　　□その他 | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 区分 | 新 | | | | | | | 旧 | | | | | | | |
| 加入保険 | 記号 | |  | 番号 | |  | | 記号 | | | | |  | 番号 |  |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | 被保険者氏名 | | | | |  | | |
| 保険者番号 | |  | | | | | 保険者番号 | | | | |  | | |
| 保険者名 | |  | | | | | 保険者名 | | | | |  | | |
| 住所 | 菊陽町 | | | | | | | 菊陽町 | | | | | | | |
| 受給者 | 氏名 |  | | | | | | 氏名 | | | |  | | | |
| その他 |  | | | | | | |  | | | | | | | |
| 振込指定  口座 | 金融機関 | | 銀行  信用金庫  信用組合  農協 | | | | | | | 本店  支店  出張所  支所 | | | | | |
| 預金種別 | | 普通 | | 口座番号 | | | |  | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 菊陽町長　様  上記のとおり、変更になりましたので届けます。  　　　　年　　　月　　　日  住所　　菊陽町  受給者  (保護者)　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |