

子ども医療費受給資格内容等変更届

令和 年 月 日

かほく市長 様

次のとおり、変更がありましたので、届け出ます。

申請者 (保護者)	ふりがな		性別	生年月日
	氏名	印		年 月 日
	住所	かほく市 TEL ()		
変更事由 【該当するものに○】	1. 氏名	2. 住所	3. 加入保険	4. 振込先金融機関
	5. 受給資格喪失 (喪失事由) (喪失日) 年 月 日			6. その他
子ども	氏名			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	住所			
加入保険	保険者名	(保険者番号)	(保険者番号)	(保険者番号)
	記号			
	番号			
	被保険者名			
	認定年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
振込先	金融機関	銀行 農協 信用金庫	銀行 農協 信用金庫	銀行 農協 信用金庫
	支店名	支店	支店	支店
	種別	普通 ・ 当座	普通 ・ 当座	普通 ・ 当座
	口座番号			
	口座名義 (カタカナ)			