

子ども医療費受給資格内容変更届

年 月 日

喜多方市長

住所 喜多方市
届出者

氏名
(電話番号：)

下記のとおり変更が生じたので、届けます。

なお、助成額の判定等のため、私の属する世帯の構成員に関する市民税課税状況の閲覧及び加入保険の内容を調査することに同意します。

変更事由	1 氏名 (受給資格者・子ども)	2 住所	3 振込先	4 加入保険
受給資格者名				個人番号
住所				
受給資格者証番号	受給資格者証番号	受給資格者証番号		
子どもの氏名	子どもの氏名	子どもの氏名		
生年月日	生年月日	生年月日		
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
振込先	銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 農業協同組合			支店
	口座番号	普・当	ふりがな 名義人	
加入保険	※番号に○をつける		被保険者名	
	①喜多方市 (国民健康保険)		記号番号	記号 番号
	②全国健康保険協会 (協会けんぽ)		認定年月日	年 月 日
	③健康保険組合、共済、その他		事業所名 (勤務先)	

※ここから下は記入しないでください。
市処理欄

付加給付	有・無	備考	
------	-----	----	--