

記入例

倉敷市記入欄

子ども医療費受給資格変更届

令和 〇年 〇〇月 〇〇日

倉敷市長 あて

届出人 (保護者) 住所 倉敷市西中新田640

氏名 倉敷 太郎  ※自署又は記名押印

電話 426-3395

受給者番号							受給資格者			生年月日							
0	1	2	3	4	5	6	倉敷 花子			平	令	30	年	10	月	10	日
同一世帯に他の受給対象者がいる場合は記入してください。													年	月	日		
													年	月	日		
													年	月	日		

→変更事項に○をつけてください。

1 住所	変更前															
	変更後															
2 氏名	変更前															
	変更後															
3 加入医療保険	変更前	記号・番号		記号					番号							
		保険者番号														
		保険者名称														
		被保険者 又は 世帯主	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ <input type="checkbox"/> その他〔 〕												
	氏名		倉敷 太郎													
	生年月日		大・昭・平 55年 5月 5日													
	変更後	記号・番号		記号 31000000					番号 111							
		保険者番号		0	1	3	3	0	0	1	8					
		保険者名称		全国健康保険協会 岡山支部												
		認定年月日/交付年月日		平 令 6年 1月 1日 / 平・令 年 月 日												
4 その他()																

※受付窓口処理欄 新資格者証交付希望
資格者証訂正
資格者証回収
(水島・児島・玉島・真備・船穂・庄・茶屋町)