

子ども医療費受給資格内容等変更届出書

令和 年 月 日

富 谷 市 長 あて

住所 **富谷市** _____

申請者 氏名 _____ ⑩

電話 _____

次のとおり変更が生じたので、富谷市子ども医療費の助成に関する条例第6条第2項の規定により届出します。

| | | | | | | | | | |
|------------|--------------|-------------------|------------------|----|--------------|-------------------|-------|----|--|
| 受給者証番号 | | 変更事由 | 住所・保険・口座・その他 () | | | | | | |
| 申請者氏名 | | 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | | | | | | |
| 住 所 | 富谷市 | | | | | | | | |
| 対象者氏名 | | 生年月日 | 平成・令和 年 月 日 | | | | | | |
| | 変 更 後 | | | | 変 更 前 | | | | |
| 氏 名 | | | | | | | | | |
| 住 所 | 富谷市 | | | | 富谷市 | | | | |
| 対象者の加入医療保険 | 保険者名称 | | | | | | | | |
| | 記号・番号 | 記号 | | 番号 | | 記号 | | 番号 | |
| | 被保険者世帯主氏名 | | | | | | | | |
| | 附加給付内容 | | | | | | | | |
| その他 | 振込金融機関名等 |銀行・農協.....支店 | | | |銀行・農協.....支店 | | | |
| | | 口座番号(普通・当座)..... | | | | 口座番号(普通・当座)..... | | | |
| | 名義人(カ) | | | | 名義人(カ) | | | | |
| 変更年月日 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | |

(注1) 変更の事実を証明できるものを提示して下さい。

(注2) ※欄は記入する必要はありません。

| | | | | | | | |
|-----|-------------|-------|-----|------|-----|-------|-----|
| ※受付 | 本・東・丘・あ・日・成 | 受付年月日 | ・ ・ | 台帳処理 | ・ ・ | 交付年月日 | ・ ・ |
|-----|-------------|-------|-----|------|-----|-------|-----|

＜ 附 加 給 付 に 関 す る 証 明 ＞

当事業所（保険者）の保険給付において、**家族療養附加金**についての規定は次のとおりです。

| | |
|-------------|---|
| 給付 規定 | (給付規定の内容又は規定の写し) |
| 有 ・ 無 | 【公費（子ども助成）負担優先が該当する方に○をしてください。（優先 ・ 非優先）】 |

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所名
又は
保険者名称

印