

様式第5号 (第5条関係)

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 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

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5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	昭和・平成 年 月 日						
住所									
対象者氏名		生年月日	平成・令和 年 月 日						
	<b>変 更 後</b>				<b>変 更 前</b>				
氏名									
住所									
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	<b>【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）】</b>

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