様式第6号(第9条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| こども医療費受給者証記載事項変更届 | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | | |  | | 対象こども氏名 | | | | | 男・女 | |
| 受給者氏名 | | |  | | 生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | |
| 区分 | | | | 新 | | | | 旧 | | | |
| 加入医療保険 | 被保険者氏名  (こどもとの続柄) | | | 続柄(　　) | | | | 続柄(　　) | | | |
| 保険種別 | | | 1国保　2組合　3政管  4日雇　5船員　6共済 | | | | 1国保　2組合　3政管  4日雇　5船員　6共済 | | | |
| 被保険者等  記号・番号 | | |  | | | |  | | | |
| 附加給付の有無 | | | 有　・　無 | | | | 有　・　無 | | | |
| 保険者名 | | |  | | | |  | | | |
| 保険者所在地 | | |  | | | |  | | | |
| 対象こども | | 氏名 | |  | | | |  | | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 住所 | | | | 江田島市 | | | | 江田島市 | | | |
| 理由 | | | |  | | | |  | | | |
| 事由発生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 上記のとおり変更になりました。  　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 届出人 | | | | | | | 住所　江田島市  氏名 | | | | |
| 江田島市長　　　　様 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 台帳処理欄 | | | 処理  　月　日 | | 処理者確認 |

　※　受給者証と一緒に提出してください。