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。