

子ども医療費受給資格変更届

年 月 日

幌延町長様

保護者 住所

氏名

(印)

下記のとおり受給資格に変更がありましたので届出します。

記

新受給者証記号番号						
受給者	氏名			受給者証記号番号	北-146	
	個人番号					
受給対象者	住所	新			変更	
		旧			年 月 日	
	氏名	新			変更	
		旧			年 月 日	
加入保険	保険者	新			変更	
		旧			年 月 日	
	記号番号	新	附加給付 の有無	有・無	変更	
		旧		有・無	年 月 日	
保護者	住所	新			変更	
		旧			年 月 日	
	氏名	新	個人番号			変更
		旧	個人番号			年 月 日