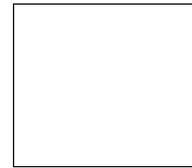


受付印

子ども医療費受給資格変更届



熊本市長 (宛)

令和 年 月 日

※太わく内をご記入ください。

受給資格者 (養育者)	住所	熊本市 区		
	氏名		TEL	

次のとおり届出します。

変更事由	・子の氏名 ・受給資格者 ・加入している健康保険				
	ふりがな 子の氏名	生年月日	性別	受給者証番号	
1		H R 年 月 日	男・女	二	
2		H R 年 月 日	男・女	二	
3		H R 年 月 日	男・女	二	
4		H R 年 月 日	男・女	二	

新受給資格者の期間中、医療費助成請求に関する一切の権限を貴市町村所管所属長に委任します。

新受給資格者	ふりがな		TEL	
	氏名			
	住所	熊本市 区		

加入している 健康保険証	記号		番号		保険取得年月日	H R 年 月 日
	保険者名称				保険者番号	
被保険者名	<input type="checkbox"/> 変更あり (→)					
	<input type="checkbox"/> 変更なし					
被保険者 (市外の場合)	住所					
	フリガナ 氏名		生年月日	S H 年 月 日		

保険の状況

保険継続

資格なし期間

H
R 年 月 日

H
R 年 月 日

療養なし
 療養あり

説明済
 国保案内済

主 査 処 理 欄	係 員	
	<input type="checkbox"/> 口座変更なし <input type="checkbox"/> 口座変更済 <input type="checkbox"/> 口座なし	