様式第６号（第７条第１項関係）

受付印

こども医療費受給資格変更届

熊 本 市 長　（宛）

申請日

※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		
フ リ ガ ナ 子 の 氏 名		生 年 月 日	受給者証番号
1		年　月　日	二
2		年　月　日	二
3		年　月　日	二
4		年　月　日	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。

■受給資格者の変更

新受給資格者	フリガナ		ＴＥＬ	
	氏　名	署名		
	住所			

■加入している健康保険の変更

変更後の健康保険情報	保険者名称		保険取得年月日	年　月　日
			保険者番号	
被保険者名	□ 変更あり（　　） □ 変更なし			

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

□ ひとり親医療案内済

主査		係員	
処理欄	□ 口座変更なし □ 口座変更済 □ 口座なし		