

こども医療費受給資格内容等変更届

提出される日を記入してください。

令和〇〇年〇月〇日

(宛先) 富士見市長

次のとおり変更が生じたので、私（受給資格者）は受給資格証を添えて届け出ます。なお、こども医療費の受給資格の変更にあたり、必要となる情報を公簿等により確認することに同意します。

受給資格者	氏名	富士見 太郎	生年月日	平成〇〇年〇月〇日
	住所	富士見市大字鶴馬1800-1	こどもとの続柄	父
対象となるこども	氏名	富士見 あゆみ	生年月日	令和〇〇年〇月〇日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給資格者と同じ	受給者番号	1234567
対象となるこども	氏名	富士見 勝馬	生年月日	令和〇〇年〇月〇日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給資格者と同じ	受給者番号	1234568
対象となるこども	氏名	富士見 瑞穂	生年月日	令和〇〇年〇月〇日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給資格者と同じ	受給者番号	1234569

変更事項 ※変更部分のみ記入してください。

<input type="checkbox"/>	対象となるこども	氏名 (ふりがな)	(ふりがな)	(ふりがな)
	住所	富士見市		
<input type="checkbox"/>	受給資格者	氏名 (ふりがな)	※振込口座も変更	
	住所	<input type="checkbox"/> 対象となるこどもと同じ		電話 ()
<input checked="" type="checkbox"/>	加入医療保険	<input type="checkbox"/> こどもの加入医療保険証の写しを添付(記入不要)		
	記号番号	123	4567	被保険者等の氏名 富士見 太郎 こどもとの続柄 (父)
	保険者番号	123456		資格取得日 令和〇〇年〇月〇日
<input type="checkbox"/>	受給資格者の振込口座	<input type="checkbox"/> 児童手当と同じ口座 <input type="checkbox"/> 上の子と同じ口座 <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり(記入不要)		
	銀行	支店	1 普通 2 当座	
	支店	出張所	口座番号	
		(店番)	力ナ名義	

加入保険変更の場合は変更となるお子さん全員分の保険証を持参してください。写しは添付の場合はし点のみ

受給資格者と住所が同じでしたらし点を記入してください。