



子ども医療費受給資格変更届

御船町長 様

年 月 日

申請者 住所 御船町大字
(保護者)

氏名

電話

下記のとおり、変更がありましたので、受給者証を添えて届け出ます。

子ども	氏名	生年月日	受給者番号
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

※変更があった項目を記入して下さい。

変更年月日	年 月 日		
住所	電話		
保護者			子どもとの続柄
健康保険	保険者名称		
	保険者番号		
	被保険者氏名		子どもとの続柄
	記号番号	記号	番号
	資格取得年月日又は認定年月日	年 月 日	
その他			

※健康保険が変わった場合は、新しい保険証の写しを添えてください。

※以下は記入しないで下さい。

住民票	保険証	入力	旧受給者証回収	新受給者証発行
-----	-----	----	---------	---------

課長	係長	係員	入力

○子ども医療費受給資格変更届について○

住所や加入保険等が変更になった際の手続きです。

○記入上の注意

- ・変更のあった項目のみご記入ください。
- ・受給者証に記載されている保護者の氏名で申請してください。

○この申請に必要なもの（郵送でも申請できます。）

加入保険に変更のあった場合は、

- ・子どもの健康保険証または、郵送の場合は子どもの健康保険証の写し（表紙と家族欄。カード式の場合は子どもの分の表面）

※以下の場合、届出が必要です。

イ 再交付申請

- ・受給者証を破ったりなくしたとき

ロ 資格消滅届

- ・町外に転出したとき
- ・生活保護を受けるようになったとき

問い合わせ 〒861 - 3296

御船町大字御船995-1

御船町こども未来課

電話 096-282-1346（直通）