

子ども医療費受給資格変更届

年 月 日

厚岸町長 様

届出人住所  
(保護者)氏名



(本人が署名した場合は、押印は不要です。)

次のとおり(受給資格)に変更がありましたので届出します。

記

受給対象者								公費負担者番号	
								受給者番号	
個人番号									
住所	新							変更 年 月 日	
	旧	-----							
氏名	新							変更 年 月 日	
	旧	-----							
加入 保険	新	種類			保険者名			記号 番号	変更 年 月 日
	旧		-----			-----			
加入 保険	新	付 給 有	加 付 の 無			付 給 内 容			変更 年 月 日
	旧			-----			-----		
保 護 者	住 所	新							変更 年 月 日
		旧	-----						
保 護 者	氏 名	新	個人番号						変更 年 月 日
		旧	-----						