様式第8号(第8条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 課長 | 代理補佐 | 主幹 | 主任主事 | 担当者 | 台帳整理 |
| 　 | 　 | 　 |  | 　 | 月　日 |

子ども医療費受給資格変更届

年　　月　　日

　　鏡野町長　　　　様

届出人　住所　鏡野町

　氏名　　　　　　　　　　　　　(※)

（※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受給資格者番号 | 受給資格者氏名 | 生年月日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　　日 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 年　　月　　日 |
| 変更事項に○を付けてください　1　氏名　2　住所　3　加入保険関係　　(1)被保険者名　　(2)保険者名　　(3)記号番号　　(4)附加給付の内容　　(5)その他　4　その他 | 変更前 | 　 |
| 変更後 | 　 |
| 変更年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |

※子ども医療費受給資格者証及び被保険者(組合員)証を添えて提出してください。