

# 子ども医療費受給資格登録事項変更届

年 月 日

別府市長 あて

子ども医療費の受給資格の登録事項に変更がありましたので、次のおり届け出ます。

助成対象者(保護者)	住所	別府市		
	氏名			
	電話番号		子どもとの続柄	父・母 その他( )

子ども	住所	変更前	別府市			
		変更後	※助成対象者(申請者)の住所と異なる場合のみ記入			
	氏名	変更前	フリガナ			
		変更後	フリガナ			
	生年月日	年 月 日	受給資格者番号			

医療保険	加入医療保険(子どもの保険証(コピー)を貼付で省略可) ※保険変更の場合のみ			
	記号		番号	
	資格取得年月日	年 月 日		
	被保険者名			
	保険者番号			
	保険者名			
	付加給付	有 ・ 無		

対象児童 個人番号	.....	.....	.....	.....
-----------	-------	-------	-------	-------

※市使用欄

<input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 旧証回収済	<input type="checkbox"/> 国保反映後		受付
	<input type="checkbox"/> 同時	<input type="checkbox"/> 郵送 . .		
		児手	入力	→
		済・公		