

子ども医療費受給資格登録事項変更届

別府

記入例

あて

※申請書は1人1枚必要です。

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、次のとおり届け出ます。

助成対象者(保護者)	住所	別府市 上野口町△番〇号 別府マンション101号		
	氏名	別府 市郎		
	電話番号	080-1234-5678	子どもとの続柄	<input checked="" type="radio"/> 父 ・ 母 その他()

申請書を記入する保護者様の
の
情報をご記入ください。

子ども	住所	変更前	別府市 青山町△番〇号 (住所変更の場合のみ記入)						
		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 オオイタ イズミ 大分 泉 (氏名変更の場合のみ記入)						
		変更後	フリガナ ベップ イズミ 別府 泉						
生年月日	<input checked="" type="radio"/> 平成 令和 29 年 4 月 1 日	受給資格者番号	0	1	2	3	4	5	6

お子さまの情報を
ご記入ください。

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	べっぷ	番号	123456
	資格取得年月日	H29 年 4 月 1 日		
	被保険者名	別府 市郎		
	保険者番号	440024		
	保険者名	別府市国保		
付加給付	有 ・ 無			

保険変更の場合は、
お子さまの保険証等
のコピーを必ず

対象児童 個人番号	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7
-----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

※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		