

決裁	町長	副町長	総務課長	担当課長	係	合議	受付

子ども等医療費受給資格 内容変更等 届

		変更前	変更後(変更となった項目のみ記入)	
子ども等	ふりがな氏名			
	住所	飯南町	飯南町	
	加入	被保険者氏名		
		保険種別	国保・協会けんぽ・共済・組合 その他( )	国保・協会けんぽ・共済・組合 その他( )
	保険	保険者名称		
		資格取得年月日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日
		記号		
		番号		
	附加給付金	有 ・ 無	有 ・ 無	
受給資格者 (保護者)	ふりがな氏名			
	住所	(※同じ場合は 同上)		
変更等事由発生日			年 月 日	
変更等事由		転居・保険変更・氏名変更・転出・その他( )		
飯南町長 様 上記のとおり変更等したのでお届けします。 年 月 日 住所 _____ あ 届出人 氏名 _____ あ 電話番号 _____ - _____ あ (乳幼児等との続柄 _____ )				

※押印不要

◎添付書類 : 助成対象者(子)の「健康保険資格確認証」、「資格確認のお知らせ」、または「マイナ保険証資格情報が分かる書類」等のコピー(加入保険変更時のみ)