

様式第5号(第8条関係)

子ども医療費受給資格内容変更届 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</div> 敦賀市長 あて		
届出者 住所 (保護者) 氏名 (TEL — —)		
子ども医療費受給資格の内容等について次のとおり変更があったので、受給資格者証を添えて届け出ます。		
届出事項	変 更 前	変 更 後
住所変更		同 上
氏名変更		
保険変更	保 険 が 変 更 に な る 方 の 氏 名	
	保険の種類	1 国保 2 国保組合 3 協会けんぽ 4 組合 5 共済 6 船員 7 日雇
	保険者の名称	
	保険者番号	
	保険記号	
	番 号	
	被保険者又は 組合員氏名	
保護者変更 (保護者氏名変更)		
変 更 年 月 日	年 月 日	

入力	確認