

橋本市乳幼児・子ども医療費受給資格内容変更届

年 月 日

(あて先) 橋本市長

橋本市
届出者 住 所 _____
(保護者)
氏 名 _____

対象児との続柄 _____

連絡先 _____

この届出に係る書類に記載した内容について、住民基本台帳、課税台帳等の公簿で確認されることに同意します。

受給者番号		対象児氏名	
変更項目	変	更	後
届出者	住 所		
	氏 名		
対象児	住 所		
	氏 名		
加入 医療 保険	保険種別	協・組・日・船・共・国	
	記号番号	記号	番号
	発行機関名称		
	保険者番号		
	被保険者氏名		
口座変更 (変更後を記入)	銀行名	支店名	預金種目
	銀行 信金 農協 金庫	支店 出張所	1. 普通 2. 当座
口座番号			
口座名義(カナ)			
変更年月日	年 月 日		
備考欄			

注 ◎届出者の欄及び太線わく内について記入してください。

◎届出時には、必ず加入している健康保険証が必要です。