

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 _____

橋本市乳幼児・子ども医療費の受給資格に変更が生じたので、次のとおり届け出ます。

なお、この医療費の受給に係る事項について、必要に応じて住民基本台帳、課税台帳等の公簿等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		変 更 前			
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		協・組・日・船・共・国		
	記号番号	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	口座番号	口座名義(カナ)
	銀行 農協	信金 金庫	支店 出張所	1. 普通 2. 当座		
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。