

様式第6号(第8条関係)

子ども医療費受給資格変更届

受給者 番号		対象児	氏 名				
			生年月日		年	月	日
			個人番号				
区 分		新		旧			
対象児	住 所						
	氏 名						
受給者	住 所						
	氏 名						
保険証	記 号						
	番 号						
	被保険者氏名						
	保険者名						
	附加給付		有・無		有・無		
	資格取得日		年	月	日		
振込口座	銀行名		銀行		銀行		
	支店名		支店		支店		
	預金種目		普 ・ 当		普 ・ 当		
	口座番号						
	口座名義(カタカナ)						
変更の理由							
上記のとおり変更になりましたのでお届けします。 年 月 日 宇土市長 様 届出人 住所 氏名							