

子ども医療費受給者変更届

平成 年 月 日

(あて先)岡 崎 市 長

(受給者)住所 岡崎市十王町2丁目9番地

氏名 岡 崎 太 郎 印
(電話 局 番)

次のとおり子ども医療費受給者について、変更がありました。

子どもの氏名	<u>岡 崎 花</u>	子どもの 生年月日	平成 年 月 日	
受給者証の 受給者番号	<u>391111111</u>			
変更の内容	<input checked="" type="checkbox"/> 住所	氏名	被保険者証等の記載内容	その他()
	変更前	<u>岡崎市十王町2丁目9番地</u>		
	変更後	<u>岡崎市十王町2丁目3番地</u>		
変更の年月日	平成 年 月 日			

注1 「変更の内容」欄には、該当する にレ印を記入してください。

2 この届書には、子ども医療費受給者証を添付してください。

電 算	受給者証	統計区分	保 険