

(第8条第2項関係)

小児医療費受給資格変更届

年 月 日

総 社 市 長 様

【届出人】 住 所 総社市

氏 名

次の通り届け出ます。なお、申請に当たり、受給対象者に係る生活保護状況・医療保険の加入状況等について、公簿等(マイナンバー制度による情報連携を含む)により確認されることを承諾します。

受給資格者番号	受給資格者小児氏名	生 年 月 日	個 人 番 号
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
変更事項に○を付けてください 1 氏 名 2 住 所 3 加入保険関係 (1)被保険者名 (2)保険者名 (3)記号・番号 (4)附加給付の内容 4 その他		変 更 前	
		変 更 後	
変 更 年 月 日		年 月 日	

※ 小児医療費受給資格者証及び資格確認書等を添えて提出してください。
※ 公簿等により加入保険情報が確認できる場合は、資格確認書等の添付を省略できます。

市町村処理欄	受給資格者証有効期限	本人確認	受給資格者証	入 力
	～ 年 月 日	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証	回 収 済 ・ 未 変 更 な し	
	年 月 日 ～	☐ その他 ()	発 行 済 ・ 未 送 付	