

こどもの医療費受給に関する変更届出書

阿南市長宛て

以下の事項に同意した上で、阿南市こどもの医療費の受給者の変更届出書を提出します。

- (1)こどもの医療費受給資格の取得、喪失、変更及び更新並びに受給者を含む。)及びそのこどもに関する所得(税状況)、世帯の状況等と並びにこどもの医療費の助成に関する条例に基づく事務の遂行に同意します。
- (2)(1)に同意しない場合は、当該部分を二重線で消してください。

こどもの医療費受給者証に記載されている受給者(保護者)の住所、氏名、生年月日、住所、日中に連絡ができる電話番号を記入してください。

受給者が変更される場合は、**変更後**の受給者(保護者)を記入してください。

個人番号は1月1日市外に居住されている方等必要な方以外は記入不要です。

届出年月日		令和 年 月 日		☐ 入力済	
申請者 (受給者)	住所	阿南市富岡町トノ町12番地3			
	ふりがな	あなん たろう		生年月日	
	氏名	阿南 太郎		S・H 3 年 1 月 1 日	
	個人番号			※日中に連絡可能な番号を記入してください。 電話 (0884) 22-1118	
代理人 (窓口に来た方)	住所	☒ 申請者と同じ			
	ふりがな				
	氏名	来庁者が申請者と異なる場合は氏名、住所(受給者と住所が異なる場合のみ)等記入してください。			
こども	住所	☒ 申請者と同じ ☐ 代理人と同じ 阿南市			
	氏名	阿南 次郎		受給者番号	9999999
	個人番号			生年月日	H・R 6 年 1 月 1 日
	氏名	こどもの医療費受給者証に記載されているお子さまの氏名、生年月日、住所(受給者と住所が異なる場合のみ)を記入してください。		受給者番号	生年月日
	個人番号			H・R 年 月 日	
	氏名			受給者番号	生年月日
個人番号			H・R 年 月 日		
理由	該当するものにレ点を付けて変更年月日を記入してください。				
	☐ 加入保険 ☐ 住所		令和 年 月 日		
	☐ 受給者の氏名 ☐ 対象のこどもの氏名				
変更後の加入保険	記号	変更後の健康保険の記号・番号・保険者名称を記入してください。		被保険者	ふりがな
	番号			(申請者と異なる場合のみ記入)	氏名
	保険者名			生年月日	あなん いちろう 阿南 一郎
受給者の旧姓		こどもの旧姓		旧受給者	

氏名の変更、受給者の変更の場合は変更前の氏名等を記入してください。

※市役所・支所・住民センターへ提出

本人確認欄	☐ 運転免許証	☐ 個人番号カード
	☐ パスポート	☐ その他 ()
証回収	☐ 済 ☐ 未	
郵送確認欄	☐ 窓口 ☐ 発送日 / 旧住所・新住所	

交付印

()住民センター