

こども医療費受給資格内容等変更届

令和 年 月 日

（宛先）富士見市長

次のとおり変更が生じたので、私（受給資格者）は受給資格証を添えて届け出ます。なお、こども医療費の受給資格の変更にあたり、必要となる情報を公簿等により確認することに同意します。

受給資格者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所		こどもとの続柄	
対象となるこども	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ	受給者番号	
対象となるこども	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ	受給者番号	
対象となるこども	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ	受給者番号	

変更事項 ※変更部分のみ記入してください。

<input type="checkbox"/>	対象となるこども	氏名	(ふりがな)	(ふりがな)	(ふりがな)
	住所	富士見市			
<input type="checkbox"/>	受給資格者	氏名	(ふりがな)	※振込口座も変更	
	住所	<input type="checkbox"/> 対象となるこどもと同じ		電話	()
<input type="checkbox"/>	加入医療保険	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> マイナポータル <input type="checkbox"/> 後日提出 ※写しを添付(記入不要)			
	記号番号			被保険者等の氏名	こどもとの続柄 ()
	保険者番号			資格取得日	年 月 日
	保険者名				
<input type="checkbox"/>	受給資格者の振込口座	<input type="checkbox"/> 児童手当と同じ口座 <input type="checkbox"/> 上の子と同じ口座 <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり(記入不要)			
	銀行	支店	1 普通 2 当座		
	信金協	出張所	口座番号		
	(店番)		カナ名義		