様式第7号(第8条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| こども医療費受給資格変更届  年　　月　　日  瀬戸内市長　様  届出人　住所  （保護者）氏名 | | | | | | | | | |
| 受給資格者番号 | | | | | | | 受給資格者（こども）氏名 | | 生年月日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | 年 　月 　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | 年　 月 　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | 年　 月 　日 |
| 変更事項  1　氏名(こども又は保護者)  2　住所(こども又は保護者)  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  　(5)　その他  4　その他 | | | | | | | 変　更　前 |  | |
| 変　更　後 |  | |
| 変更年月日 | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | |

※こども医療費受給資格者証及び保険証(被保険者証又は組合員証)を添えて提出してくだ

さい。