

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									
受給資格認定の審査に必要な限りにおいて、公簿により私及び私の世帯の所得、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入状況(保険情報については個人番号による情報連携を含む)を確認されることを私及び世帯員全員、承諾します。									
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、個人番号カード等を添えて提出してください。
※こども及び保護者の個人番号の変更についても、「その他」へ記載してください。