

※市記入

受給者番号

こども 医療費受給者証記載事項等変更届

裾野市長様

令和 年 月 日

住所： 裾野市

届出者

氏名：

下記のとおり変更がありましたので、届け出ます。

なお、静岡県の補助金の交付を受けるため、関係機関への確認に
同意します。

(電話 — —)

受給者(お子様) 氏名：

※ 該当する変更事項をご記入ください。

記

変更事項	変更年月日	変 更 前	変 更 後	変更後の加入医療保険	(以下については、受給者の個人番号記入もしくは医療保険の資格がわかるもののコピー添付等により記入省略可)				
受給者氏名 (お子様)	令和 年 月 日				被保険者氏名				
保護者(受給資格者)氏名 (続柄に○)	令和 年 月 日	(父・母・その他())	(父・母・その他())		被保険者等 記号・番号	記号		番号	
保護者(受給資格者)の住所	令和 年 月 日	裾野市	裾野市		資格取得年月日	平成・令和 年 月 日			
加入医療保険	令和 年 月 日				保険者名	☐ ()健康保険組合			
マイナ保険証	有 ・ 無					☐ 全国健康保険協会 ()支部			
個人番号	上記有で未届の場合のみ記入					☐ ()国民健康保険組合			
						☐ ()共済組合 ()支部			
					☐ 裾野市国保 ☐ その他 ()				
				保険者番号					
				加入年月日	年 月 日				

※市記入 (再交付 有 ・ 無)