様式第5号

子ども医療費受給資格内容等変更届

年　　月　　日

八幡浜市長　　様

届出人　　住　所

氏　名

次のとおり子ども医療費受給資格内容等に変更がありましたので、受給者証を添えて届け出ます。

受給資格者			
証　番　号		証　番　号	
子　ど　も	生年月日　　年　　月　　日	子　ど　も	生年月日　　年　　月　　日
証　番　号		証　番　号	
子　ど　も	生年月日　　年　　月　　日	子　ど　も	生年月日　　年　　月　　日

変更項目		変　更　前	変　更　後
住　　所	□受給資格者 □子ども		
氏	□受給資格者 □子ども		
医療保険	保 険 種 別	□国保 □被用者健保	□国保 □被用者健保
	被保険者氏名		
	記 号 番 号		
	保 険 者 名		

喪失事由		内　　容
転　　出	□受給資格者 □子ども	□上記の変更後住所地に転出
そ の 他	□受給資格者 □子ども	

市処理欄 □システム入力	□転居　　□氏変更　　□医療保険の変更　　□転出 □その他（　　） 変更年月日　　年　　月　　日 受給資格喪失年月日　　年　　月　　日 受給者証　　□証変更無し　　□証交付　　□証回収　　□証未回収 証回収日　　年　　月　　日