

子ども医療費受給資格内容変更届

福井市長 あて

令和 年 月 日

受給者 住 所 \_\_\_\_\_

(保護者)

ふりがな  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

子ども	ふりがな 氏 名	生 年 月 日	対象者番号			
		年 月 日	3			

次のとおり変更がありましたので届け出ます。(変更ある事項名を○で囲み、該当に☑をしてください。)

住 所 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 子ども	変更前	※変更前の住所が上記受給者住所と同一である場合は記入不要				
	変更後	電話 ( )	変更日	年 月 日		
氏 名 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 子ども	変更前					
	変更後		変更日	年 月 日		
振込口座 (※1) <input type="checkbox"/> 児童手当も変更(※2)	変更前	銀行 信用金庫 農協 労働金庫	営業部 支店 出張所 支所	普通預金 口座番号 口座名義 (カタカナ)		
	変更後	銀行 信用金庫 農協 労働金庫	営業部 支店 出張所 支所			
被 保 険 者 証 、 組 合 員 証 等	変更前	国保 国組 社会保険事務所 全国健康保険協会 健康保険組合 支部 共済組合				
	変更後	別添のとおり (添付書類) 社会保険各法における被保険者証、加入者証又は組合員証				

※1 (添付書類) 変更後の普通預金通帳の写し(名義カタカナ、銀行名、支店名が表示されたページ)

※2 児童手当の振込口座も同じ口座に変更を希望される場合は☑を付けてください。

本人確認	運転免許証・保険証・在留カード・ ( )
------	-------------------------

受付		発行		最終 確認	
----	--	----	--	----------	--