

子ども医療費助成受給資格変更届

令和 年 月 日

宮崎市長 殿

届出者 住所 宮崎市

氏名

電話

次のとおり子ども医療費助成受給資格の変更について届け出ます。

子ども	受給者番号			
	フリガナ			
	氏名	生年月日	平成 令和	年 月 日

変更事項		変更後
子どもの氏名		
子どもの住所		
保護者の氏名		
保護者の住所		
加入健康保険	種類	1. 国保 2. 国保組合 3. 共済 4. その他社会保険
	被保険者氏名	
振込先口座	口座名義人 (カタカナ)	
	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協・漁協
	本店支店名	本店・支店・出張所
	口座番号	普通
備考	児手受給者変更 (□あり □なし □予定)	

注意事項

- 変更が生じた事項のみ記入してください。
- 子どもの氏名又は住所を変更したときは、受給資格証を添付してください。
- 加入健康保険を変更したときは、子どもの保険証の写しを添付してください。
- 振込先口座を変更したときは、変更後の通帳の写しを添付してください。

添付書類貼り付け欄

【 加入健康保険の変更 】
子どもの健康保険証**【 振込先口座の変更 】**
保護者名義の通帳またはキャッシュカード
※旧姓のものや家族カードは添付不可※カード型でない健康保険証や通帳など
サイズが大きいものは裏面に添付してください