

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		生年月日	平成 令和 年 月 日
	氏 名			

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

- 1 変更が生じた事項のみ記入してください。
- 2 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。
- 3 加入健康保険を変更したときは、保険者が発行した子どもの健康保険の資格情報がわかるものの写しを添付してください。
- 4 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 】

子どもの健康保険の資格情報が分かるもの（資格確認書等）
※「資格情報のお知らせ」の場合は切り取らずに、届いた時の状態のものの写しを同封してください

【 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

※サイズが大きいものは裏面に添付してください