

(様式第3号)

子ども医療費 受給資格登録変更 申請書
受給資格者証変更交付

年 月 日

中津市長 あて

申請者 (保護者)	住所	〒 _____ 中津市 電話 _____
	氏名	_____ 印 (子どもとの続柄)

下記のとおり子ども医療費の受給資格が変更になりましたので、子ども医療費受給資格者証の変更交付を申請します。

記

受給者番号		変更前	変更後
子ども	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所	中津市	中津市
医療保険	保険種別	協・組・船・共・国	協・組・船・共・国
	被保険者証等の記号・番号		
	被保険者氏名又は世帯主名		
	保険者名		
	保険者番号		
	附加給付	有・無	有・無
	資格喪失日	資格取得日	
変更年月日	年 月 日から		
備考	氏名変更 ・ 転居 ・ 健康保険変更		