様式第9 その1 (第11条関係)

子ども医療費受給資格変更届

ご記入いただいた日

令和 ××年 ×月 ×日

(宛 先) 小牧市長

届出者 住 所 小牧市堀の内三丁目1番地

ご住所・お名前・電話番号を
記入してください。

(受給者) 氏 名 小牧 太郎

「子ども」の欄はすべて記入して
ください。

電 話 〇〇-〇〇〇〇 番

次のとおり変更しました。届け出ます。

子 ど も	受 給 者 番 号		生年月日	年 月 日	
	フリガナ				
	氏 名				
	個 人 番 号				
変更事項		区 分	新	旧	変 更 年 月 日
受 給 者	住 所				年 月 日
	氏 名				年 月 日
子 ど も	住 所				年 月 日
	氏 名				年 月 日
加 入 医 療 保 険	記 号 番 号				年 月 日
	保 険 者 名				
	保 険 者 番 号				
	被 保 険 者 氏 名 (受給者との続柄)				
	被 保 険 者 の 住 所				
	附 加 給 付	有 ・ 無	有 ・ 無		

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

変更事項については変更があった内容のみを記載してください。(旧内容は記載不要)
保険変更の場合は、保険の資格確認書又は資格情報のお知らせも添付してください。

者証

回収・未回収