

様式第16号(第7条関係)

㊦ 子ども医療費受給資格内容変更等届			
資格証の記号番号			
区 分	変 更 種 別	(新)	(旧)
受 給 資 格 者	ふ り が な 氏 名		
	住 所		
子 ど も	ふ り が な 氏 名		
	住 所		
加入保険	被 保 険 者 氏 名		
	保 険 種 別		
	保 険 者 名		
	保 険 者 所 在 地		
	保 険 証 記 号 番 号		
	付 加 給 付 金 の 有 無	有 ・ 無	有 ・ 無
	給 付 内 容		
他の制度による医療費助成を受けることとなったとき	助成制度名		
変 更 等 事 由 発 生 年 月 日			
変 更 等 事 由			
<p>上記のとおり変更等したのでお届けします。</p> <p>年 月 日</p> <p>(住 所) 邑南町</p> <p>(届出人) 氏 名 (子どもとの続柄)</p> <p>邑南町長 様</p>			