

様式第3号(第5条、第8条関係)

子どもの医療費 (受給資格登録変更届
受給資格証変更交付申請書)

年 月 日

多久市長 様

住 所 多久市 多久町 _____

申 請 者

(保護者) 氏 名 _____

(子どもとの続柄 _____)

下記のとおり子どもの医療費の受給資格が変更になりましたので、子どもの医療費受給資格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	ふりがな										
	氏名										
	住所										
医 療 保 険	保険種別	政・組・船・共・国				政・組・船・共・国					
	記号・番号										
	保険者名										
	附加給付	有・無				有・無					
変更年月日		年 月 日から									
備考											

(注) この届には、受給資格証、マイナ保険証等を持参すること。