

子どもの医療費受給資格登録変更届

年	月	日
---	---	---

武雄市長 様

申請者 (保護者)	住 所	武雄市
	氏 名	(子どもとの続柄)
	連絡先	()

(注) 本人が自署(手書き)する場合は押印不要。

(本人が自署しない場合は押印が必要)

下記のとおり子どもの医療費受給資格の登録内容が変更になりましたので届け出ます。

受給者	フリガナ		性 別	生 年 月 日
	氏 名			
	個人番号			
	住 所			
加入医療保険	保 険 種 別	協会けんぽ・組合健保・船保・共済・国保		
	保 険 者 名 称 ・ 保 険 者 番 号			
	記 号 ・ 番 号			
	被 保 険 者 氏 名			
	個 人 番 号			
	資 格 取 得 年 月 日	年	月	日
	付 加 給 付	有 ・ 無		
	被 保 険 者 住 所	(※受給者と住所が異なる場合にのみ記入)		
同 意 書				
助成額の決定に際して、武雄市が住民税課税台帳の閲覧、及び保険者に対して高額医療費の支給状況等を確認することに同意します。また高額療養費の申請に係る、必要な証明書の請求及び受領を委任します。				
(被保険者)				
氏 名				
(注) 本人が自署(手書き)する場合は押印不要。				
(本人が自署しない場合は押印が必要)				
武雄市長 様				

※ 記名押印に代えて、署名することができます。

担 当 課 処 理 欄			
世 帯 コ ー ド		住 民 コ ー ド	
受 給 者 番 号			
資 格 取 得 事 由	出 生 ・ 転 入	資格取得年月日	年 月 日
交 付 年 月 日	年 月 日	交 付 ・ 郵 送	
備 考			