

様式第3号 (第4条関係、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

有田町長 様

申請者 (保護者)	住所	有田町 (行政区)
	氏名	子どもとの続柄 (父・母・その他)

次のとおり子どもの医療費の受給資格登録が変更になりましたので、届けます。また、有田町子どもの医療費受給資格証の記載内容が変更になる場合は、受給資格証の変更交付を申請します。

受給者番号		変更前		変更後	
子ども	フリガナ				
	氏名				
	住所	有田町 (行政区)	有田町 (行政区)		
医療保険	保険種別				
	被保険者名				
	保険証の記号番号				
	保険者名				
	付加給付	有 ・ 無	有 ・ 無		
振込先	金融機関	銀行・信金 支店 信組・農協 支所 金庫 出張所	銀行・信金 支店 信組・農協 支所 金庫 出張所		
	預金種別	普通 (総合) ・ 当座	普通 (総合) ・ 当座		
	口座番号				
	フリガナ				
	口座名義人				
変更年月日	年 月 日 から				
備考	※ 1、住所変更 2、保険証の変更 3、その他 (氏名変更、振込先変更 等)			※受付担当印	※交付 未 ・ 済