様式第５号（第６条関係）

|  |
| --- |
| 子 ど も 医 療 費 受 給 資 格 変 更 届 |
| 受給者証番　号 | 水市－ | 子ども | 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日生　 |
| 区　分 | 新 | 旧 |
| 受　給　者 | 氏　　　名 |  |  |
| 住　　　所 |  |  |
| 被保険者証記号・番号 |  |  |
| 保　険　者 | 保険者名 |  |  |
| 保険者番号 |  |  |
| 附加給付 |  |  |
| 附加給付額 |  |  |
| 変更の理由（変更日） |  |
| 上記のとおり変更したので、関係書類を添えて届けます。　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　申請者（保護者） 住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　　名　水俣市長　　様 |
| 備 考： |