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： | | | | | | | | |