

記入例

様式第3号（第6条関係）

受給者番号

子ども医療費受給者証記載事項等変更届

令和〇年〇月〇日

牧之原市長

住所 牧之原市 静波991-1

届出者 (TEL 0548-23-0071)

氏名 牧之原 太郎

子ども 氏名 牧之原 一郎

次郎

下記のとおり変更がありましたので、届け出ます。

変更事項 (該当する番号を○で囲んでください)	変更年月日	変更前	変更後
1 子どもの氏名 (ふりがな)			
2 子どもの婚姻状況			
3 資格者又は保護者の氏名 (ふりがな)			
4 資格者又は保護者の住所 電話番号			
5 加入保険	被保険者証の記号・番号	保険証の「認定年月日」を記入。	記号-番号を記入 0000-000
	保険者名の名称		保険者名称を記入
	保険者名の住所 (電話番号)		保険者所在地を記入
6 その他 (子どもの監護状況)			

※ 加入保険の変更の場合は、新規の保険証をご持参ください。