

子ども医療費受給者内容変更届

受給者証番号		第 号	
子ども氏名			
子どもの生年月日		平成・令和 年 月 日	
/		変 更 後	変 更 前
受給者氏名			
住 所		大崎市	
加 入 医 療 保 険	記 号 番 号		
	被 保 険 者 氏 名 世 帯 主 氏 名		
	保 険 者 番 号		
	保 険 者 名 称		
	取 得 喪 失 年 月 日	平成・令和 年 月 日取得	平成・令和 年 月 日喪失
振 金 込 融 希 機 望 関	金 融 機 関 名	銀行 本店 農協 支店	銀行 本店 農協 支店
	フ リ ガ ナ 口 座 名 義		
	口 座 番 号		
<p>上記のとおり、変更が生じたので受給者証を添えて届け出ます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(あて先) 大崎市長</p> <p style="margin-left: 100px;">届出者 住 所 大崎市</p> <p style="margin-left: 150px;">氏 名</p> <p style="margin-left: 250px;">(電話)</p>			

子ども医療費受給者内容変更届

受給者証番号		第		号	
子ども氏名					
子どもの生年月日		平成・令和		年 月 日	
受給者氏名		変更後		変更前	
		大崎市		大崎市	
住所					
加入医療保険	記号番号				
	被保険者氏名 世帯主氏名				
	保険者番号	01040013			
	保険者名称	全国健康保険協会 宮城支部			
	取得喪失年月日	平成・令和 年 月 日取得		平成・令和 年 月 日喪失	
振込金融機関希望	金融機関名	銀行 本店 農協 支店		銀行 本店 農協 支店	
	フリガナ 口座名義				
	口座番号				
<p>上記のとおり、変更が生じたので受給者証を添えて届け出ます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(あて先) 大崎市長</p> <p>届出者 住所 大崎市</p> <p>氏名</p> <p>(電話)</p>					

子ども医療費受給者内容変更届

受給者証番号		第		号	
子ども氏名					
子どもの生年月日		平成・令和		年 月 日	
		変更後		変更前	
		受給者氏名			
住所		大崎市		大崎市	
加入医療保険	記号番号	み大崎・			
	被保険者氏名 世帯主氏名				
	保険者番号	00040816			
	保険者名称	大崎市			
	取得喪失年月日	平成・令和 年 月 日取得		平成・令和 年 月 日喪失	
振込金融機関希望	金融機関名	銀行 本店 農協 支店		銀行 本店 農協 支店	
	フリガナ 口座名義				
	口座番号				
<p>上記のとおり、変更が生じたので受給者証を添えて届け出ます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(あて先) 大崎市長</p> <p>届出者 住所 大崎市</p> <p>氏名</p> <p>(電話)</p>					