

**児童手当 ・ こども医療 ・ ひとり親家庭等医療 受給資格変更届**

<b>事由</b>			
<input type="checkbox"/> 加入保険の変更 <input type="checkbox"/> 口座変更 <input type="checkbox"/> 医療変更(こども→ひとり親) <input type="checkbox"/> その他			
<b>受給者氏名(生年月日)</b>		<b>医療証番号</b>	
(    年    月    日 )			
(    年    月    日 )			
(    年    月    日 )			
<b>加入保険の変更</b>		<b>口座変更</b>	
資格取得年月日	( R    .    .    )	口座変更年月日	( R    .    .    )
保険の種類	国保・国組・協会けんぽ・組合・共済・他	銀行名	(銀行・農協・信金)
記号			
番号		支店名	(支店・出張所)
被保険者名			
保険者番号		口座番号	
保険者名	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会                      支部	口座名義 (フリガナ)	
	<input type="checkbox"/> 丸亀市		
	<input type="checkbox"/> その他(                                      )		
<b>備考</b>			
上記のとおり届出いたします。			
令和    年    月    日			
住所			
氏名			印
TEL    —    —		(生年月日    .    .    )	