

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

事由			
<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			
受給者氏名(生年月日)		医療証番号	
(年 月 日)			
(年 月 日)			
(年 月 日)			
加入保険の変更		口座変更	
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()		
備考			
上記のとおり届出いたします。			
令和 年 月 日 住所 氏名 TEL — — (生年月日 S ・ H . .)			