

乳幼児医療費受給資格変更届

提出年月日 平成 年 月 日

高原町長 殿

住 所 高原町大字

申請者（受給者） 氏 名

電 話 -

次のとおり乳幼児医療費受給資格の変更について届け出ます。

対 象 者	受給者番号						
	フリガナ					生年月日	
	氏名					平成	年 月 日

変更事項		変更前	変更後
受給者	氏名		
	住所		
	対象者との続柄		
対象者	氏名		
	住所		
対象者の加入医療保険	被保険者氏名		
	記号番号		
	保険者名		
	保険者番号		
	認定年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	附加給付の有無	有 ・ 無	有 ・ 無
振込先口座	フリガナ		
	口座名義人		
	金融機関名		
	本店・支店名		
	口座番号		普・当
備考			

- 注) 1 受給資格証を添付してください。
 2 変更が生じた事項のみ記入してください。
 3 加入医療保険を変更したときは、被保険者証等を添付してください。