**乳幼児医療費受給資格変更届**

提出年月日　　　　　　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 |  | 　　　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 | 　　　年　　　月　　　日 | 　　　　　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 |  | 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。