

こども医療費受給資格変更届

令和 年 月 日

真庭市長 様

届出人住所 真庭市

氏名

連絡先 ( ) -

受給資格者番号	受給資格者証 こども氏名	生年月日
	ふりがな 氏名	平成・令和 年 月 日
変更事項に○を付けてください。 1 氏名 2 住所 3 加入保険関係 (1) 保険者名 (2) 記号・番号 (3) 付加給付の内容 4 その他 (1) 被保険者氏名 (2) 保護者氏名 (3) その他	変 更 前	
	変 更 後	
変 更 年 月 日	令和 年 月 日	

○受給者本人の氏名、住所が変更になった場合は受給者証を再交付します。

【受給者証】 再交付済 ・ 未交付      【旧受給者証】 回収 ・ 未回収

○加入保険が変更になった場合は受給者証の再交付はしません。端末の変更入力だけです。  
また国保以外は被保険者証のコピーを添付します。

【被保険者証コピー】 添付済 ・ 不要(国保) ・ 依頼中(返送封筒渡 有 ・ 無 )

○受給者証交付日を変更届出日(実際に交付する日)に修正  
入力済 ・ 未入力

証受領署名