様式第５号(第７条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 子ども医療費申請事項変更届  　令和　　　年　　月　　日  あわら市長　様  申請者　住所  氏名  　あわら市子ども医療費受給者証の交付の申請に係る事項について、次のとおり変更がありましたので届け出ます。 | | | | | | | |
| 子ども | 氏名 | | | 性別 | 生年月日 | | 受給者証番号 |
|  | | | 男・女 | 年　　月　　日 | |  |
| 個人番号 | | | |  | | |
| 変更事項 | | 変更年月日 | | | | 年　　月　　日 | |
| 1　氏名  2　住所  3　被保険者  4　保険者  5　記号番号  6　金融機関  7　個人番号  8　そ の 他 | | 変更前 |  | | | | |
| 変更後 |  | | | | |

※　提出の際、必要な書類

　⑴　あわら市子ども医療費受給者証

　⑵　次に掲げる場合　被保険者証又は組合員証

　　ア　被保険者名又は組合員名に変更があった場合

　　イ　保険者名又は組合名に変更があった場合

　　ウ　記号番号に変更があった場合

　⑶　振込先金融機関を変更しようとする場合　希望する振込先金融機関に係る預金通帳

　⑷　その他必要な書類