様式第７号（第６条関係）

こども医療費受給資格変更届

給付台帳記号番号		乳幼児 児　童	氏　　名	
			生年月日	

区　　分		新	旧
受給者	住　　所		
	氏　　名		
	続　　柄		
	個人番号	＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊
保険者	被保険者証記号番号	記号 番号	記号 番号
	保険者名	別添のとおり	
	所在地		
	被保険者名		
	個人番号	＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊
	附加給付	有（　　）　無	有（　　）　無

新口座	金融機関名	別添のとおり	支店・支所名	
	口座番号		口座名義人	

変更理由	１　保険の変更　　２　口座の変更　　３　戸籍届による変更 変更　　変更　　変更 ４　その他（　　）

上記のとおり変更になりましたので、お届けします。

~~また、マイナンバーを利用し、受給資格審査・認定に必要な住民情報及び地方税情報等を取得することに同意します。~~

住　所

氏　名

ＴＥＬ

宇城市長　　様

証交付　□ 不要　　入力　□ 済
□ 済　　□ 未了
□ 未了（郵送希望）
□ 未了（窓口交付希望）