

第7号様式(第6条関係)

本人確認							
個人	運転	旅券	障害	療育	精神	在留	
	保険	受給	児扶	特児	年金		

大垣市子ども医療費受給資格等変更届

年 月 日

大垣市長様

届出者住所 大垣市

(受給資格者)

氏名 子どもとの続柄 ()

個人番号																									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話 — —

次のとおり変更したので届け出ます。

受給者証番号	02-																			個人番号																		
子ども氏名												生年月日																										
変更事項		新										旧																										
子ども	住所	大垣市										大垣市																										
	氏名																																					
受給資格者(保護者)	住所	大垣市										大垣市																										
	氏名																																					
加入医療保険	記号番号																																					
	被保険者(世帯主)氏名																																					
	子どもとの続柄																																					
	保険者名	(保険者番号)										(保険者番号)																										
	附加給付の有無	有 ・ 無										有 ・ 無																										
保険種別	国保・退家・協会・組合・共済・国組・船員										国保・退家・協会・組合・共済・国組・船員																											
変更(喪失)事由	1 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 市内転居 <input type="checkbox"/> 医療保険加入状況の変更 <input type="checkbox"/> 受給資格者(保護者)の変更 <input type="checkbox"/> その他() 2 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他の市町村への転出 <input type="checkbox"/> 他の福祉医療該当() <input type="checkbox"/> その他()																																					
変更(喪失)年月日	年 月 日										年 月 日																											

受付	手渡	郵送	回収	訂正	入力