

様式第5号（第11条関係）

子ども医療費助成金受給資格等変更届

南アルプス市長		年 月 日	
		申請者 住所 (保護者) 氏名 電話	
		(印)	
子 ども 氏 名		生年月日	年 月 日
変 更 事 項		変 更 前	変 更 後
保子 護ど 者も	氏 名		
	住 所		
加 入 医 療 保 険	名 称	健康保険組合 共済組合 健康保険協会	健康保険組合 共済組合 健康保険協会
	種 別	国保・社保(協・組・共・他)	国保・社保(協・組・共・他)
	記 号 番 号		
	保 険 者 号 番 号		
振 込 先 金 融 機 関	金 融 機 関 名		
	支 店 名		
	口 座 番 号		
	口座の種類		
	口座名義人		
変 更 年 月 日		年 月 日	
変 更 理 由			
そ の 他 の 事 項			

※ 変更届には受給資格者証を添付すること。