

子ども 医療費受給資格者 変更届

＜受給者＞ (変更対象となるお子さん)

氏名		生年月日	個人番号											
1	フリガナ	年 月 日	市処理欄	課・初										
2	フリガナ	年 月 日												
3	フリガナ	年 月 日												

住所 (建物名等)	
--------------	--

＜変更する事項＞ (変更があった項目の□にレをつけ、変更内容を記入してください。)

□ 住所	(変更前)	市 処 理 欄	年 月 日
	(変更後)		
□ 氏名	(変更前)	市 処 理 欄	年 月 日
	(変更後)		
□ 保険者	※ 受給者(お子さん)の健康保険証等を提示してください		年 月 日
□ 生計維持者	(変更前)	市 処 理 欄	年 月 日
	(変更後)		

＜届出者＞ (保護者)

北見市長 様		(届出日)		年 月 日	
上記のとおり、申請内容に変更がありましたので届出します。					
フリガナ		生年月日	年 月 日		
氏名	署名	個人番号			
		電話番号	- -		
住所 (建物名等)	□ 受給者と同じ (記入不要)		続柄	受給者から見て	

北見市使用欄

本人確認	添付書類	備考		
①番・免・パ・手帳 他 () ②証・年金・児童・バス 社員・学生 他 () 代理権確認手段 受給者証・保険証 障害者手帳・委任状 他 ()	□受給者の保険証等の写し □同意書 □その他()	第 4 類		
	受 給 者 証 □発行 □訂正 □無			

