

# 記入例

## 子ども医療費受給資格内容変更届

届出日 □ 年 △ 月 ○ 日

石巻市長（あて）

届出人（受給者） 氏 名 **石巻 太郎**

電話番号 **080-xxxxx-xxxxx**

受給者番号	<b>1234567</b>	国保・ <b>社保</b>	
	氏 名	生 年 月 日	
子 ども	<b>石巻 一郎</b>	<b>□ 年 △ 月 ○ 日</b>	
受 給 者	<b>石巻 太郎</b>	<b>□ 年 △ 月 ○ 日</b>	
変 更 事 由	1 氏名変更（受給者・子ども）	年 月 日～	
	2 市内転居	年 月 日～	
	<b>3</b> 保険異動（社⇒国・国⇒社・社⇒社・国⇒国）	<b>□年 △月 ○日～</b>	
	4 その他	年 月 日～	
<b>以下、変更があった事項のみ記入</b>		変 更 後	
		変 更 前	
変 更 事 項	氏 名		
	住 所		
		<input checked="" type="checkbox"/> 添付の保険証写し	<input type="checkbox"/> その他（下記に記入）
	被保険者氏名		保 険 者 名 称  <input type="checkbox"/> 石巻市国保 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会( )支部 <input type="checkbox"/> ( )健康保険組合 <input type="checkbox"/> ( )共済組合 <input type="checkbox"/> ( )国保組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 船員保険部 <input type="checkbox"/> その他( )
	記 号 番 号		
保 険 者 コー ド			
		備考・その他	
	<b>保険異動の場合 お子様の健康保険証写しを添付</b>		