

様式第4号（第6条関係）

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
電話番号

受給者番号		国保・社保	
子ども		氏 名	
		生 年 月 日	
受給者		年 月 日	
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～
	3 保険異動（社⇒国・国⇒社・社⇒社・国⇒国）		年 月 日～
	4 その他		年 月 日～
変更事項	変更後		変更前
	氏 名		
	住 所		
加入保険	<input 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		
	変更後保険証写し添付欄		備考・その他