

記入例

母子・父子家庭医療費受給資格変更届

〇年 〇月 〇日

石巻市長 殿

住所 石巻市穀町〇番〇号
申請者 〇マンション〇号室
氏名 石巻 太郎

次のとおり変更が生じたので、届けます。

受給者番号	第 1 2 3 4 5 6 7 号	変 更 事 由	保険変更	
区分	新		旧	
受給者	氏 名		氏 名	
	住 所		住 所	
加入保険	記 号	△△△	記 号	〇〇〇
	番 号	△△△	番 号	〇〇〇
	保 険 者 名	石巻市国保	保 険 者 名	〇〇健康保険組合
	被保険者名	石巻 太郎	被保険者名	石巻 太郎
	附 加 給 付 内 容	無	附 加 給 付 内 容	無
変 更 年 月 日	〇年 〇月 〇日			
児童の資格取得・喪失者	氏 名			
	取 得 ・ 喪 失 ・ 年 月 日			
	取 得 ・ 喪 失 事 由			

以下のものを添付し提出してください。

① 申請者及び児童の健康保険証の写し

② 申請者の本人確認書類の写し(郵送で提出する場合のみ)

(注意) 変更の事実を証明できるものを提示してください。