

23-06 子ども手当・医療給付課
16-04 障害福祉課

障 害 者
四日市市 一人親家庭等 医療費受給資格変更届出書
子 ども

年 月 日

四日市市長

住 所 四日市市

申請者 氏 名
(対象者・保護者)

電 話

受給資格の内容等について、下記のとおり変更がありましたので、受給資格証を添えて届出します。

記

受給資格証番号	受給者氏名	生年月日

届出事項	変更前	変更後		
受給者の住所		(. . 異動)		
受給者の氏名		(. . 異動)		
加入医療保険	変更後			
		氏名	生年月日	続柄
	被保険者 (世帯主) (組合員)			
	保険の種類	国民健康保険 ・ 国民健康保険組合 ・ 健康保険 ・ 共済組合 ・ その他 (社保) (公務員)		
<input type="checkbox"/> 添付の「資格確認書」、「資格情報のお知らせ」等のコピーのとおり ※保険者名、記号・番号、資格取得日が記載されているもの				
<input type="checkbox"/> 個人番号による確認を希望する				

支払金融機関の変更

変更後の 支払金融 機関	銀行 信用金庫 農 協	支 店 支 所 出張所	普通	店番号		
				口座番号		
ふりがな 口座名義人				続柄		

受付印
受付者

四日市市処理欄

窓口変更交付済

郵送

子ども手当・医療給付課

障害福祉課