

子ども医療変更届

令和 年 月 日

寿都郡寿都町長 様

届出人 住所

氏名

印

受給者との続柄

下記のとおり住所等に変更がありましたのでお届けします。

記

届 出 内 容	受給者名							受給者号				
	住所	新							変更	年 月 日		
		旧										
	氏名	新							変更	年 月 日		
		旧										
	保 険 者	新	保 険 者 名			記 号 番 号			付 加 給 付	有・無	変更	
		旧								有・無		
		新	被保険者 (世帯主)									
		旧	の氏名									
	高 確 法	医療受給者 証の番号						資格取得 年月日		年 月 日		
※ 処 理 欄	上記届出により次のとおり決定する。								処 理 年 月 日			
	新受給者 番号											
	変 更 年 月 日		台帳整理		未・済		払出簿 整理		未・済			
								受給者証 訂正(回収)		未・済		

(注) 届出者は※欄は記入しないで下さい。