

高校生等医療費等助成受給資格登録事項変更届

令和 年 月 日

(あて先) 成田市長

届出者
(保護者)

住所
氏名
電話番号

受給資格の登録事項の内容に変更があったので、次のとおり届け出ます。

1 変更の対象となる高校生等

受給者番号																				
フリガナ																				
氏名																				
個人番号																				
生年月日	年 月 日					年 月 日					年 月 日									

2 変更の内容

変更のあった日			年 月 日			
☐	住所変更	新				
☐	氏名変更	旧				
		新				
☐	保護者の変更	旧				
		新				
☐	加入医療保険の変更	1 国民健康保険 2 健康保険組合 3 共済組合 4 国保組合 5 船員保険 6 その他()				
☐	世帯構成の変更	氏名		個人番号		続柄
		1				
		2				
		3				
		4				
		5				
		6				
		7				
☐	課税状況の変更	☐ 非課税世帯から課税世帯				
		☐ 課税世帯から非課税世帯				

(注) 該当する□にレ印をつけ、変更の内容を記入してください。

受給券変更 あり・なし 旧受給券回収 済・未 新受給券交付 済・未

受付者

番号確認

本人確認

通・住・職

免・パ・障・精・在
資・年・児証・特児証

個人番号カード