

子ども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 _____

次のとおり、受給資格の登録事項の内容に変更があったので、届け出ます。

1 変更の対象となる子ども

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 変更内容

変更のあった日		年 月 日					
<input type="checkbox"/>	住所変更	新	成田市				
<input type="checkbox"/>	氏名変更	旧					
		新					
<input type="checkbox"/>	保護者の変更	旧					
		新					
<input type="checkbox"/>	加入医療保の 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 ()					
<input type="checkbox"/>	世帯構成の 変更	氏名		個人番号		続柄	
		1					
		2					
		3					
		4					
		5					
		6					
		7					
<input type="checkbox"/>	課税状況の 変更	<input type="checkbox"/> 非課税世帯から課税世帯					
		<input type="checkbox"/> 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	