

記入例

様式第11号（第8条関係）

決裁	担当者	受付	年 月 日
		伺	年 月 日
		決裁	年 月 日

子ども医療費受給資格内容等変更届

受給者	氏名	佐渡 太郎	生年月日	H00年00月00日
	住所	佐渡市△△△ 000-0 電話 000-0000-0000		
	勤務先名	◇◇◇◇(株) 電話 00-0000		
子ども	受給者番号	0123456	0123457	0123458
	氏名	佐渡 花子	佐渡 葉子	佐渡 幹子
	生年月日	R00年00月00日	R00年00月00日	R00年00月00日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者と同じ	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者と同じ	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者と同じ

変更事項 (変更箇所のみ記載)	<input type="checkbox"/> 受給者			
	ふりがな		性別	男・女
	氏名			日
	住所	<p>変更事項（変更箇所のみ）</p> <p>変更箇所に<input checked="" type="checkbox"/>を付け、変更後の内容を記載する。</p> <p>【例】</p> <p>受給者：父→母などに変わるとき （マイナンバーも記載する）</p> <p>氏名：氏が変わるとき</p> <p>住所：転居したとき</p> <p>勤務先：転職等で勤務先が変わったとき</p> <p>加入保険：転職や退職等で保険証が変わったとき や、受給者変更で子の加入保険が変わったとき</p> <p>備考：親のみの変更、子のみの変更等その他特記事項があれば記載する</p>		
	勤務先名			
	<input type="checkbox"/> 氏名			
	<input type="checkbox"/> 住所			
	<input type="checkbox"/> 勤務先名			
	<input type="checkbox"/> 加入保険			
	被保険者 (世帯主) 氏名			
記号・番号				
保険者				
所在地				
備考				

上記のとおり変更が生じたので受給者証を添えてお届けします。

R00年00月00日

佐渡市長 様

住所 佐渡市△△00-0

申請者

氏名 佐渡 太郎

- (注) 1 氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。
2 申請者は、太枠欄を記入しないこと。