

決 裁	課長	課長補佐	グループ リーダー	係 員	受 付	
					処 理	
					決 裁	

こども医療費 受給資格者証再交付申請書・受給資格内容等変更届					
受給資格者氏名	受給者番号	こども	生年月日	住 所	
<input type="checkbox"/> 届出人に同じ			. .	<input type="checkbox"/> 届出人に同じ	
同上			. .	同上	
同上			. .	同上	
変更内容	新		旧		異動年月日
住所変更			下野市		. .
加 入 保 険 変 更	被保険者				
	記号番号				
	保険者番号				
	保険者	下野市国保 国民健康保険組合 健康保険組合 共済組合 全国健康保険協会 支部	下野市国保 国民健康保険組合 社会保険事務所 健康保険組合 共済組合 全国健康保険協会 支部	. .	
振込先変更	銀行 本店 信金 支店 信組 出張 農協 支所 (受給者以外の口座を指定する場合は 委任状が必要)		口座番号(普通) (フリカゝナ)		
			口 座 名 義		
備 考					
上記のとおり関係書類を添えて、(申請・届出) いたします。 令和 年 月 日 下野市長 様 住所 下野市 届出人 氏名 印 電話 ()					

(注) 太枠は記入しないでください。
署名又は記名押印してください。