

受付年月日 令和 . .

㊟ 子どもはぐくみ医療費受給に関する変更届出書

令和 ○年 ○月 ○日

吉野川市長 様

(届出人) 住 所 **吉野川市鴨島町鴨島 1 1 5 番地 1**

氏 名 **吉野川 太郎**

電話番号 ○○○-○○○○-○○○○

子どもはぐくみ医療費受給について、子どもはぐくみ医療費の助成に関する条例施行規則第9条の規定に基づき

受 給 者 の 氏 名

対 象 子 ど も の 氏 名

住 所

加 入 保 険 名

の変更を届けます。

該当するものに
○をしてください。

受給者	住 所	吉野川市鴨島町鴨島 1 1 5 番地 1		
	氏 名	吉野川 太郎		
	生 年 月 日	昭和 ○ ・ 平成 ○○ 年 ○月 ○日		
子 ど も	氏 名	吉野川 蛍	生 年 月 日	平成 ○年 ○月 ○日
	氏 名	吉野川 悠	生 年 月 日	令和 ○年 ○月 ○日
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
加 入 医 療 保 険	(組合員) 名			
	記 号 番 号			
	保 険 者 名			
	変 更 年 月 日	年 月 日		

注 受給者証等記載事項の変更の場合については、子どもはぐくみ医療費受給者証等を添付してください。なお、変更のない事項は記入の必要はありません。

子どもの欄には、対象子どもの情報を記入してください。