

様式第3号(第5条関係)

子どもの医療費 (受給資格登録変更届)
受給資格証変更交付申請書

年 月 日

鹿島市長 様

申請者 (保護者)	住 所	
	氏 名	(受給者との続柄)

次のとおり子どもの医療費の受給資格が変更になりましたので、子どもの医療費受給資格証の変更交付を申請します。

受給者番号		変 更 前		変 更 後	
受給者	フリガナ				
	氏 名				
	住 所				
医療保険	保険種別			協・組・船・共・国	
	被保険者証等の記号・番号				
	保険者名				
	付加給付				
変更年月日		年 月 日から			
備考				世帯コード	