

子ども等医療費受給資格内容変更等届

受給者番号											
区分	変更種別	新					旧				
受給資格者氏名											
子ども等氏名											
住所		奥出雲町					奥出雲町				
加入 保 険	被保険者氏名										
	保険種別	協・組・船・共・国					協・組・船・共・国				
	保険者番号										
	保険者名										
	被保険者記号番号 (枝番)	()					()				
	認定年月日	年 月 日					年 月 日				
	附加給付の有無	有・無					有・無				
個人番号 (マイナンバー)											
他の制度による医療費助成を受けることとなったとき		助成制度名									
変更等事由発生日		令和 年 月 日									
変更等理由		保険変更 住所変更 () のため									
<p>上記のとおり変更等したのでお届けします。 なお、子ども等医療費助成対象者の保険情報について、個人番号を用いて確認することを奥出雲町長に委任します。 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 奥出雲町 届出人 氏名 電話番号 () - (子ども等との続柄)</p> <p>奥出雲町長 様</p>											

※職員記入欄 保険内容確認 マイナンバーカード 保険資格証(コピー) 確認者