

天草市子ども医療費受給資格変更届

課長	係長	担当

子どもの氏名								受給者証番号									
区 分		新						旧									
加入 保険	保険者の名称																
	記 号 番 号																
	保 険 者 コー ド																
	附 加 給 付	有 ・ 無						有 ・ 無									
保 護 者 の 氏 名																	
口座 振替 先	金 融 機 関 名																
	口 座 番 号																
	名 義 人																

上記のとおり、変更になりましたので届け出ます。

年 月 日

住 所 天草市 町 番 号
番地

氏 名

電 話 ー

天草市長 中村五木 様

天草市子ども医療費受給資格変更届

記入例

課長	係長	担当

子どもの氏名	天草 花子		受給者証番号	0	1	2	3	4	5					
区分	新				旧									
加入保険	保険者の名称	天草市国民健康保険				全国健康保険協会 ○○支部								
	記号番号	天草市 012345				123 4567890								
	保険者コード	1	0	2	0	3	0	1	0	1	2	3	1	2
	附加給付	有・無				有・無								
保護者の氏名	天草 太郎				天草 太郎									
口座振替先	金融機関名	△△銀行 □□支店				天草銀行 天草支店								
	口座番号	1212121				1234567								
	名義人	天草 太郎				天草 太郎								

上記のとおり、変更になりましたので届け出ます。

平成 **29**年 **5**月 **1**日

住所 天草市 **東浜** 町 **8** 番 **1** 号
番地

氏名 **天草 太郎**

電話 **23-1111**

天草市長 中村五木 様

※新しい保険証、
新しい口座の通帳
のコピーが必要です。