

乳幼児等医療費受給資格内容変更届出書

年 月 日

湧別町長 様

住所 \_\_\_\_\_  
 保護者 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 個人番号 \_\_\_\_\_

乳幼児等医療費の受給資格内容に、次のとおり変更があったので届出します。

区分	変更の内容			受給資格証 の記号番号
乳幼児等 氏名	新	氏名		
		個人番号		
	旧	氏名		
		個人番号		
	新	氏名		
		個人番号		
旧	氏名			
	個人番号			
住所	新			
	旧			
加入保険	新	名称		記号番号
	旧	名称		記号番号
	新	付加給付	有 無	備考
	旧	付加給付	有 無	
	新	被保険者		
	旧	被保険者		

(注) 乳幼児等医療費受給資格証を添えて提出してください。