

様式第9号(第8条関係)

子ども医療費受給資格変更届 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                     年 月 日                 </div>		
赤磐市長 様 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                     届出人 住所 氏名                 </div>		
受給資格者番号		
受給資格者	氏名	
	生 年 月 日	年 月 日
	住 所 ( 居 住 地 )	
変更事項 1 氏名(子ども又は保護者) 2 住所(子ども又は保護者) 3 加入保険関係 〔1〕被保険者名 〔2〕保険者名 〔3〕記号番号 〔4〕附加給付の内容 〔5〕その他 4 その他	変更前          変更後	
変更年月日		年 月 日

※子ども医療費受給資格者証及び保険証(被保険者証又は組合員証)を添えて提出してください。