

① 子ども医療費受給資格内容変更等届

資格証の記号番号		↓↓↓↓変更箇所のみご記入ください↓↓↓↓	
区分	変更種別	新	旧
受給資格者	フリガナ名	ヤスギ ハナコ 安来 花子	ヤスギ タロウ 安来 太郎
	住所		
子ども	フリガナ名	ヤスギ サクラ 安来 さくら	
	住所	安来市安来町 878-2	←必ずご記入ください
加入保険	被保険者氏名	安来市国民健康保険	協会けんぽ島根支部
	保険種別		

※届出の際は、①届出者の本人確認資料(マイナンバーカード等)及び
 ②お子様の保険証と③お子様の子ども医療費受給資格証が必要です。
 郵送の場合は、①②のコピーを添付してください。
 ③は新しい証を発行後、返却をお願いいたします。

変更等事由発生年月日	
変更等事由	

上記のとおり変更等したのでお届けします。

年 月 日

※届出日をご記入ください

住所 安来市安来町 878-2
 届出人 氏名 安来 太郎
 TEL 090-****-****
 (子どもとの続柄 父)

【郵送先】
 〒692-8686 安来市安来町 878-2
 安来市役所 市民課 保険年金係 宛
 電話番号:0854-23-3084