

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	←必ずご記入ください
	住所	安来市安来町 878-2	
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		
<p>※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お子様の保険情報が見えるもの(資格情報のお知らせ、資格確認書 など)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。</p>			
他の受けることとなったとき			
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。			
<div style="border: 1px dashed blue; border-radius: 50%; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">             年 月 日           </div> <p>※届出日をご記入ください</p>			
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 )	
<p>【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</p>			