

様式第6号(第8条関係)

<p>こども医療費受給資格変更届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>早島町長 様</p> <p style="text-align: center;">届出人 住所 都窪郡早島町 (保護者) 氏名</p>						
受	給	者	番	号	受給資格者(小児)氏名	生 年 月 日
						年 月 日
						年 月 日
						年 月 日
<p>変更事項</p> <p>1 氏名(こども又は保護者)</p> <p>2 住所(こども又は保護者)</p> <p>3 加入保険関係</p> <p style="padding-left: 20px;">(1) 被保険者名</p> <p style="padding-left: 20px;">(2) 保険者名</p> <p style="padding-left: 20px;">(3) 記号番号</p> <p style="padding-left: 20px;">(4) 附加給付の内容</p> <p style="padding-left: 20px;">(5) その他</p> <p>4 その他</p>					<p>変 更 前</p>	
					<p>変 更 後</p>	
<p>変 更 年 月 日</p>					<p>年 月 日</p>	

※こ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。