

23-06 こども手当・医療給付課  
16-04 障害福祉課

障 害 者  
四日市市 一人親家庭等 医療費受給資格変更届出書  
子 ども

年 月 日

四日市市長

住 所 四日市市

申請者 氏 名  
(対象者・保護者)  
電 話

受給資格の内容等について、下記のとおり変更がありましたので、受給資格証を添えて届出します。

記

受給資格証番号	受給者氏名	生年月日

届出事項	変更前	変更後					
受給者の住所		( . . 異動)					
受給者の氏名		( . . 異動)					
加入医療保険	変更後						
	<input type="checkbox"/> 添付の被保険者証(または資格確認書)のコピーのとおり ※必ず保険証または資格確認書のコピーを添付してください。						
	<input type="checkbox"/> 個人番号による確認を希望する						
	被保険者	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>氏名</th> <th>生年月日</th> <th>続柄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	氏名	生年月日	続柄		
氏名	生年月日	続柄					
保険の種類	国民健康保険 ・ 国民健康保険組合 ・ 健康保険 ・ 共済組合 ・ その他 ( 社保 ) ( 公務員 )						

支払金融機関の変更

変更後の 支払金融 機関	銀 行 信用金庫 農 協	支 店 支 所 出張所	普通	店番号	続柄
				口座番号	
ふりがな 口座名義人					

受付印          受付者
--

四日市市処理欄

- 窓口変更交付済     
  郵送     
  こども手当・医療給付課  
 障害福祉課