

# 子 ども 医 療 変 更 届

年 月 日

(あて先)  
御宿町長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

個人番号 \_\_\_\_\_

TEL ( )

受給者氏名	個人番号	生年月日	受給者番号
		年 月 日	

下記のとおり、変更がありましたので、お届けします。

**I 変更事由**（該当するものを○で囲む）

- 1. 子どもの住所
- 2. 保護者の住所
- 3. 子どもの氏名
  
- 4. 保護者等の氏名
- 5. 子どもの保護者
  
- 6. 加入保険の変更
  
- 7. その他 ( )

**II 変更の内容**

変 更 年 月 日	変 更 前	変 更 後

※処理欄

番号確認 : 番号力・通知力・住民票・他( )
身分確認 : (1点)番号力・免・旅券・他( )
(2点)通知力・保・他( )