

様式第5号（第6条関係）

子 ども 医 療 費 受 給 資 格 内 容 等 変 更 届				
保 護 者	受給資格証番号			
	氏 名			
	住 所			
子 ど も	氏 名			
	住 所			
変 更 事 項	変 更 事 由			
			新	
			旧	
	変 更 区 分	氏 名		
		住 所		
	加 入 保 険	記 号 番 号		
		保 険 者 名		
		摘 要		
	備 考			
<p>附加給付に関する証明</p> <p>当事業所においては、上記対象者の家族療養費に対する附加給付は次のとおりです。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 60px;">給付内容</div> <p>（保険者が社会保険事務局の場合は証明を要しない。）</p> <p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">保険者名又は所属所長名 ㊟</p> <p>上記のとおり変更事項が生じたので受給資格証を添えてお届けします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>檜葉町長 様</p> <p style="text-align: center;">(届出人)住 所 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印 (電話番号 ー)</p>				

※ 加入保険変更の場合は、附加給付の証明及び保険証の写しが必要です。