

様式第 5 号（第 7 条関係）

子ども医療費受給資格内容等変更届

年 月 日

内子町長 様

届出人 住所
氏名
電話

次のとおり子ども医療費受給資格内容等に変更がありましたので、お届けします。

受給者番号	
-------	--

変更事項		変更前	変更後
資 受 格 者 給	住所		
	氏名		
子 ど も	住所		
	氏名		
入 子 医 ど 療 も 保 の 険 加	記号番号		
	保険者名		
	被保険者名		
変更年月日		年 月 日	年 月 日
備考			