

子ども福祉医療費承認内容変更届

令和 6 年 4 月 1 日

(宛先) 秋田市長

届出者 住所 〒 010-8560
秋田市山王一丁目1番1号

氏名 秋田 一郎

連絡先 090-0000-0000

次のとおり変更がありましたので届出します。

子ども	氏名	生年月日	受給者番号					
	秋田 太郎	令和 2 年 3 月 13 日	6	0	0	0	0	0

変更内容 (☑)	変更前	変更後
<input type="checkbox"/> 変更後の健康保険	子どもの健康保険証の写しを準備し、合わせて提出してください。	
<input type="checkbox"/> 保護者等 (続柄:) 住所	変更前の住所を記入	<input type="checkbox"/> 届出者住所と同じ
<input type="checkbox"/> 受給者 (子ども) 住所	<input type="checkbox"/> 上記と同じ	<input type="checkbox"/> 上記と同じ
<input type="checkbox"/> フリガナ 保護者等 (続柄:) 氏名		
<input type="checkbox"/> フリガナ 受給者 (子ども) 氏名		

変更する内容を
チェック☑してください。

- ・健康保険証の変更
- ・住所の変更
- ・氏名の変更

変更する内容を記入してください。

- ・健康保険証の変更
→子どもの健康保険証の写しを添付
- ・住所・氏名の変更
→該当する欄へ記入
- ※保護者等に変更がある場合は、子どもから見た続柄(父、母等)を記載してください。