

子ども福祉医療費承認内容変更届

年 月 日

(宛先) 秋田市長

届出者 住所 〒
氏名
連絡先

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				
			年 月 日				

変更内容 (☑)		変更前	変更後
<input type="checkbox"/>	変更後の健康保険	該当するものいずれかに☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 健康保険加入情報がわかるものを添付して届出する 資格確認書、資格情報のお知らせ等の写しを添付してください <input type="checkbox"/> マイナ保険証のため、マイナンバー制度の情報連携による確認に同意する	
<input type="checkbox"/>	保護者等 (続柄:) 住所		<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		

※処理欄	子福・市民課 西部・北部・南部・駅東 河辺・雄和	区分	0歳 未就学児 小学生 中学生 高校生等	自己負担	有・無	制度	74 ・ 80	処理日	受付者	確認者	子福
	/										

※印欄は記入しないでください。