

記入例(変更届)

受付	発券
「ハカード」	免許/マイ「ハカード」
()	()
〇〇〇年 〇月 〇日	

四街道市長 様

住所 四街道市〇〇〇

届出者(保護者) 氏名 四街道 太郎

電話番号 ×××-××××-××××

子ども医療費助成受給券変更届

日中連絡がつく
電話番号

子ども医療費助成申請書の記載事項に変更が生じたので、四街道市の子ども医療費の助成に関する条例施行規則第8条第1項の規定により、下記のとおり届け出ます。

1 登録情報

受給券の番号を記入

子ども	受給者番号	11△〇1△11△11〇△1		
	フリガナ	ヨツカイドウ		
	氏名	四街道 太郎		
	生年月日	令和〇年〇月〇日	令和〇年〇月〇日	

変更届の対象となる子ども
全員の情報を記入

2 変更の内容(変更箇所のみ記入してください。)

(届出者)	フリガナ		生年		続柄	父・母・
	氏名		月日		()	
	住所					
	電話番号		個人番号			
(配偶者等)	フリガナ		生年		続柄	父・母・
	氏名		月日		()	
	住所					
	電話番号		個人番号			
子ども	フリガナ					
	住所					
	住所					
加入医療	保険者名	認定年月日 / /	認定年月日 / /	認定年月日 / /	保険加入者本人の名前	
	住所					
保護者に変更があった場合は保護者本人の署名が必要です。						
子ども医療費助成の運営に必要な、私の地方税関係情報及び記載内容について四街道市が確認すると同意します。						
氏名 氏名 氏名						
※ 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。						

保険証の会社の
の名称

保険証の会社
の番号

子どもの保険が
認定された日

保険加入者
本人の名前

保護者に変更があった場合は保護者本人の署名
が必要です。

子ども医療費助成の運営に必要な、私の地方税関係情報及び記載内容について四街道市が確認すると同意します。

氏名 氏名 氏名

※ 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。