

例 1 : 住所変更の場合

様式第7 (第9条関係)

子ども医療費受給資格内容変更届

安城市長

注意1 太枠の中のみ記入してください。

2 □のところは、該当するものにレ印を付けてください。

届出目

令和〇年×月△日

届出者 （保護者）	住　所	安城市桜町１８番２３号									
	氏　名	安城　太郎				電　話	0566-71-2232				
		区　　　分	変　　　更　　　後				変　　　更　　　前				
		受給者番号	3 1 3 × × × × × × ×								
子ども	住　所	安城市桜町１８番２３号				安城市御幸本町５０４－１					
	氏　名	安城　花子									
保　護　者	住　所	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ。									
	氏　名	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ。									
医療保険の加入状況	記号・番号										
	保　険　者	名　称									
		コード	:	:	:	:	:	:	:	:	
		所在地									
	被保険者	住　所	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ。								
		氏　名	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ。								
理　由	<input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 保護者の変更 <input checked="" type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 加入保険の変更 <input type="checkbox"/> その他（ ） 理由発生年月日 令和３年　４月　１日										

例 2 : 保険変更の場合

様式第7 (第9条関係)

子ども医療費受給資格内容変更届

安城市長

注意1 太枠の中のみ記入してください。

2 □のところは、該当するものにレ印を付けてください。

届出目

令和〇年×月△日

届出者 （保護者）	住所	安城市桜町１８番２３号														
	氏名	安城太郎			電話	0566-71-2232										
		区分	変更後			変更前										
		受給者番号	313xxxxxxx													
子ども	住所															
	氏名	安城花子														
保護者	住所	□ 届出者に同じ。														
	氏名	□ 届出者に同じ。														
医療保険の加入状況	記号・番号		例1) 記号1234 番号5678(社会保険の場合) 例2) 番号98765432(国民健康保険の場合)													
	被保険者	名称	例1) ○○健康保険組合(社会保険の場合) 例2) 安城市(国民健康保険の場合)													
		コード	1	2	3	4	5	6	7	8						
		所在地														
	被保険者	住所	☑ 届出者に同じ。													
		氏名	☑ 届出者に同じ。													
理由	<div><div><input type="checkbox"/> 氏名の変更<input checked="" type="checkbox"/> 加入保険の変更</div><div><input type="checkbox"/> 保護者の変更<input type="checkbox"/> その他（<div></div>）</div><div><input type="checkbox"/> 転居</div></div> <div>理由発生年月日令和3年4月1日</div>															

例 3 : 保護者変更の場合

様式第7 (第9条関係)

子ども医療費受給資格内容変更届

安城市長

注意1 太枠の中のみ記入してください。

2 □のところは、該当するものにレ印を付けてください。

届出日

令和〇年×月△日

届出者 （保護者）	住所		安城市桜町１８番２３号									
	氏名		安城太郎			電話		0566-71-2232				
			変更後			変更前						
受給番号			313xxxxxx									
子ども	住所											
	氏名		安城花子									
保護者	住所		<input checked="" type="checkbox"/> 届出者に同じ。									
	氏名		<input type="checkbox"/> 届出者に同じ。 安城夕子									
医療保険の加入状況	記号・番号											
	被保険者	名称										
		コード	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
		所在地										
	被保険者	住所	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ。									
		氏名	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ。									
	理由	<input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input checked="" type="checkbox"/> 保護者の変更 <input type="checkbox"/> 転居										
		<input type="checkbox"/> 加入保険の変更 <input type="checkbox"/> その他（)										
			理由発生年月日 令和3年 4月 1日									