

小児医療受給資格等変更届出書

藤 沢 市 長				年 月 日			
住 所							
届 出 者							
(保護者) 氏 名							
電 話 ()							
次のとおり届出します。なお、この事業に関し必要な、市で保管する住民記録情報、税情報、その他受給可否等に 必要な情報について、市長が利用することに同意します。							
受 給 者	フリガナ			受 給 者 番 号			
	氏 名						
	生年月日		住 所(施設 名及び施設 住所)地				
変更内容(該当する項目にチェックしてください。)				変 更 年 月 日			
☐ 氏 名 ☐ 住 所 ☐ 保 険 変 更 ☐ 転 出 ☐ 死 亡 ☐ その他()							
		変 更 前		変 更 後			
保 険 変 更	記 号・番 号						
	被保険者氏名						
	被保険者住所						
	保 険 者 番 号						
	保 険 者 名						
住 所 変 更							
保 護 者 変 更							
そ の 他 の 変 更							

自治体記入欄

窓 口 に 来 た 方	☐ 申請者本人 ☐ 配偶者 ☐ その他()						
備 考							
新 証	交付済	郵送希望	担当者	受 付	発 行	入 力	審 査
旧 証	回収済	未回収 証返還案内 済・未					