

様式第3号(第3条、第7条関係)

平成 年 月 日 交付・郵送

|        |    |      |          |    |    |  |
|--------|----|------|----------|----|----|--|
| 決<br>裁 | 課長 | 課長補佐 | グループリーダー | 係員 | 受付 |  |
|        |    |      |          |    | 処理 |  |
|        |    |      |          |    | 決裁 |  |

| こども医療費 受給資格者証再交付申請書・受給資格内容等変更届   |  |  |   |        |       |       |
|--|--|--|---|--------|-------|-------|
| 受給資格者氏名  | 受給者番号  | こども  | 生年月日  | 住 所    |       |       |
| 届出人に同じ   |  |  | H . .   | 届出人に同じ |       |       |
| 同上   |  |  | H . .   | 同上     |       |       |
| 同上   |  |  | H . .   | 同上     |       |       |
| 変更内容   | 新  |  | 旧   |        | 異動年月日 |       |
| 住所変更   |  |  | 下野市   |        | H . . |       |
| 加入<br>保<br>険<br>変<br>更   | 被保険者   |  |   |        |       | H . . |
|  | 記号番号   |  |   |        |       |       |
|  | 保険者番号  |  |   |        |       |       |
|  | 保険者  | 下野市国保<br>国民健康保険組合<br><br>健康保健組合<br>共済組合<br><br>全国健康保険協会 支部 | 下野市国保<br>国民健康保険組合<br>社会保険事務所<br>健康保健組合<br>共済組合<br><br>全国健康保険協会 支部 |        |       |       |
| 振込先変更  | 銀行 本店<br>信金 支店<br>信組 出張<br>農協 支所<br>(受給者以外の口座を指定する場合は<br>委任状が必要) |  | <input type="checkbox"/> 口座番号(普通)<br>(フリカナ)                       |        |       |       |
|  |  |  | <input type="checkbox"/> 座 名 義                                    |        |       |       |
|  |  |  |   |        |       |       |
| 備 考  |  |  |   |        |       |       |
| 上記のとおり関係書類を添えて、(申請・届出)いたします。<br><br>平成 年 月 日<br>下野市長 様<br><br>住所 下野市<br>届出人 氏名 印<br>電話 ( ) |  |  |   |        |       |       |

(注) 太枠は記入しないでください。  
署名又は記名押印してください。