

様式第8号(第10条関係)

決 裁	担 当	課 長	受 付	年 月 日
			交 付	年 月 日

こども医療費受給資格内容等変更届							
受 給 者 番 号	1234567	受給者証2段目の数字					
対 象 児 氏 名	松山 花子						
生 年 月 日	平成 20 年 1 月 1 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日			
変 更 事 項	住 所	新	東松山市 松葉町1-1-58		旧	東松山市 松葉町1-2-3	
		保 険 者 名					
	加 入 保 険	保 険 者 番 号					
		記 号 ・ 番 号					
		被 保 険 者					
	そ の 他 ()						
変 更 事 項 発 生 年 月 日	令和6年 1 月 1 日						

上記のとおり変更が生じたので届けます。

提出日

令和6年 1 月 3 日

届出人 住 所 東松山市 松葉町1-1-58
氏 名 松山 太郎

新しい住所
受給者氏名

電話 (自宅 0493 - 21 - 1461)
(携帯 - -) 父・母

東 松 山 市 長 宛て

こども医療費受給資格証(ピンク色)、返信用封筒(切手あり)の同封をお願いいたします。