

様式第4号（第7条関係）

登録事項等変更届

令和 年 月 日

薩摩川内市長 様

子ども医療費給付受給資格者登録事項又は子ども医療費給付金支給申請事項に変更がありましたので届け出ます。また、変更内容の確認に当たり、市長が私の世帯の住民基本台帳、健康保険の加入状況の公簿等を閲覧することに同意します。

届出者	住 所	薩摩川内市				
	氏 名					
	連絡先	( )				
対象の子ども	受給資格番号	氏 名	生年月日	受給資格番号	氏 名	生年月日
			・ ・			・ ・
			・ ・			・ ・
			・ ・			・ ・

変更（喪失）年月日		令和 年 月 日					
変 更 事 項	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 受給資格者と子ども <input type="checkbox"/> 受給資格者のみ <input type="checkbox"/> 子どものみ	薩摩川内市				
	<input type="checkbox"/> 受給資格者	個人番号	：	：	：	：	
		氏 名			生年月日	・ ・	
	<input type="checkbox"/> 子どもの氏名	氏 名	生年月日	氏 名	生年月日		
			・ ・		・ ・		
			・ ・		・ ・		
	<input type="checkbox"/> 加入医療保険	被保険者等	(記号)	(番号)			
			個人番号	：	：	：	：
			氏 名			続柄	父・母・( )
		住 所	薩摩川内市 1月1日時点：				
保険者	番 号	：	：	：	：		
	名 称						
<input type="checkbox"/> 振込先金融機関	名 称：	預金種別：普通・当座		口座番号：			
<input type="checkbox"/> 喪失	<input type="checkbox"/> 他市区町村へ転出		<input type="checkbox"/> 医療保険に加入しなくなった				
	<input type="checkbox"/> 死亡		<input type="checkbox"/> その他 ( )				

※変更のあった事項について、該当する欄のみ記入してください。

喪失時	受給資格者証	<input type="checkbox"/> 回収	<input type="checkbox"/> 返信用封筒
-----	--------	-----------------------------	--------------------------------