

子ども医療変更届

年 月 日

みやこ町長 殿

届出人 住所 みやこ町
氏名

受給者 氏名

子ども医療証の
受給者番号

--	--	--	--	--	--	--

次のとおり変更がありましたので、お届けします。

I 変更事由 (該当するものを○で囲む)

1. 子どもの住所
2. 世帯主の住所
3. 子どもの氏名
4. 世帯主等の氏名
5. 子どもの世帯主、被保険者等
6. 被保険者証等の記号・番号
7. その他 ()

Ⅱ 変更の内容

変 更 年 月 日	変 更 前	変 更 後
年 月 日		