

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		
		旧	東松山市		
	加 入 保 険	保 険 者 名			
		保 険 者 番 号			
		記 号 ・ 番 号			
		被 保 険 者			
そ の 他 (子 の 氏)	松山	松本			
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				
<p>届出人 住 所 東松山市 松葉町1-1-58</p> <p>氏 名 松山 太郎</p> <p>電話 (自宅 0493 - 21 - 1461)</p> <p>(携帯 - -) 父・母</p> <p>東 松 山 市 長 宛て</p>					

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。