

子ども医療費受給資格登録変更届

様

住所

(子どもとの続柄)

1 変更の対象となる子ども

受給者番号			
フリガナ			
氏名			
生年月日	平成 令和	年 月 日	平成 令和

☐保険証変更 ☐村内転居 ☐子どもの氏名の変更 ☐保護者の追加・変更
☐世帯構成の変更（結婚・離婚・単身赴任・その他（ ））
☐その他（ ）

旧 住 所	長生村
新 住 所	長生村

子どもの 氏名の変更	変更前			
	変更後			

[illegible]

世帯構成の変更	氏 名	続 柄	氏 名	続 柄

氏名