

さいきっ子医療費受給資格登録事項変更届

年 月 日

佐伯市長 様

申 請 者 (保護者)	住 所	〒 — (電話番号： — —)					
	氏 名	(続柄：子の)					
子 ど も	受給者番号						
	ふりがな						
	氏 名						

次のとおりさいきっ子医療費の受給資格に変更が生じたので、届け出ます。あわせて、さいきっ子医療費受給資格者証の変更交付を申請します。

		変 更 前	変 更 後	
子 ど も	ふりがな			
	氏 名			
	住 所			
医 療 保 険	保 険 種 別		協・組・船・共・国	
	記号・番号			
	保 険 者 名 保 険 者 番 号			
	認 定 年 月 日		年 月 日	
変 更 年 月 日		年 月 日から		
備 考				

※医療保険情報は、コピーを提出した場合は記入を省略できます。

【確認方法】 ☐資格情報のお知らせ ☐資格確認書 ☐マイナポータル資格情報画面 ☐健康保険証 ☐その他