

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	郵便番号 —					
	氏名	電話					
子ども	受給者番号						
	ふりがな						
	氏名	(子どもとの続柄)					
子ども	受給者番号						
	ふりがな						
	氏名						
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、お届けします。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
	被保険者証等の記号・番号		
	保険者名 保険者番号		
変更年月日		年 月 日から	
備 考			

※健康保険証の変更は、保険証を添付することで記載を省略することができます。