

※保険証の変更を届出る際は、保険証（お子さまの氏名が入ったもの）のコピーを添付してください。

様式第5号

子ども医療費受給資格内容等変更届

郵送希望
有・無

(あて先) 川 口 市 長

登録内容に変更が生じたので、届出します。

平成 年 月 日

登録保護者氏名	◎ 生年月日(昭・平 年 月 日)	
_____	_____	受給者番号 _____
子ども氏名	生年月日(平 年 月 日)	_____
_____	_____	受給者番号 _____
_____	生年月日(平 年 月 日)	_____
_____	_____	受給者番号 _____

※以下の欄は、変更になる個所だけ記入してください。

住所の変更

川口市

新住所 _____

新電話番号 _____

氏名の変更

フリガナ _____

保護者 新氏名 _____

フリガナ _____

子ども 新氏名 _____

※登録保護者の変更はできません。

保険証の変更

保険者名称 国民健康保険
 全国健康保険協会
 健康保険組合
 共済組合
 その他

世帯主・被保険者・組合員の氏名 _____

記号 _____ 番号 _____

保険者番号 →右づめで記入

いつから _____
 年 月 日から加入

振込口座の変更

※振込名義は、上記の登録保護者本人の名義で、普通口座に限ります。

金融機関名	口座名義人(カタカナで記入)	
銀行 信用金庫 農協		
支店名	店番	口座番号
支店 本店 出張所	_____	_____