

こども医療費助成金受給資格変更届

令和 年 月 日

伊江村長 殿

申請者 住所 _____
氏名 _____ 印

次のとおり変更の為、届出します。

受給資格者 記号番号	—		フリガナ	
			こども氏名	
受給資格者名			生年月日	年 月 日生まれ
変更の内容	① 全変更 ② 口座変更 ③ 加入医療保険及び受給資格者変更			
①-③ 受給資格者	住所			連絡先 — —
	氏名			
①-② 振込口座	沖縄県農業協同組合		伊江支店	1. 当座 2. 普通
	口座番号			フリガナ
				口座名義人
①-③ 加入医療保険	被保険者氏名			
	記号・番号	記号	番号	
	保険者所在地			
	保険者名	国民健康保険・社会保険・市町村職員共済組合・内閣共済組合 警察共済組合・公立学校共済組合・日本郵政公社共済組合 矢崎健康保険組合・その他()		

備考	
----	--