

本人確認			
身分証	写真有	本人	免・マ・パ・他( )
	写真無	確認証	資・ひ医・他( )

子ども医療費受給者証記載事項等変更届

年 月 日

府 中 市 長 様

住 所 府中市  
 (居住地)  
 氏 名  
 個人番号  
 電話番号

次のとおり届け出ます。  
 審査のため、公簿等により所得等審査項目に係る調査を行うことに同意します。また、府中市長が必要と認める場合は、加入保険情報等をマイナンバー制度による情報連携を利用して確認することに同意します。  
 なお、配偶者及び対象児童についてもこれらの内容を確認することについて同意を得ています。

受給者番号	子どもの氏名 (個人番号)		性別	生年月日
	( )			年 月 日
	( )			年 月 日
	( )			年 月 日
	変更後	変更前	事由	
氏名			<input type="checkbox"/> 氏名の変更	
			<input type="checkbox"/> 市内転居	
			<input type="checkbox"/> 医療保険加入状況の変更	
住所 (居住地)			<input type="checkbox"/> 保護者の変更	
保護者			{ }	
医療保険 の 加入状況 等	(被保険者の氏名)		<input type="checkbox"/> その他	
	(被保険者の住所)		{ }	
	(被保険者等の記号番号)		事由発生年月日 ( . . )	
	(子どもとの続柄)			
	(保険者の名称)  (保険者番号 )			
備考				
※ 以下は記入しないでください <input type="checkbox"/> 入力日 ( . . ) <input type="checkbox"/> 送付日 ( . . )				