



川越市子ども医療費受給資格内容等変更届(記入例)

対象となる子ども	受給者番号	ピンク色の受給者証の7桁の番号		生 年 月 日	
	フリガナ	コエド コタロウ	男・女	年 月 日	
	氏 名	小江戸 小太郎			
	住 所	川越市元町1-3-1			
変更事項	加入	フリガナ	コエド タロウ	被保険者の個人番号	
	医療	被保険者氏名	小江戸 太郎	12桁のマイナンバー	
	保	保険者番号	6桁か8桁の番号	記号・番号	-
	険	保険者の名称	健康保険組合		
	関	変更年月日	年 月 日・・・認定年月日等と保険証に記載されています。		
金融機関	名称	ゆうちょ	銀行 農協 信用金庫	038	本店 支店 出張所
	口座番号	普通・当座 No.			
	フリガナ	コエド タロウ			
	口座名義人	小江戸 太郎			
備考	<p>上記のとおり変更しましたので届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>(提出先)</p> <p>川 越 市 長</p> <p style="text-align: right;">住所 川越市元町1-3-1</p> <p style="text-align: right;">届出人 氏名 小江戸 太郎</p> <p style="text-align: right;">電 話 224 -</p>				

処 理	年 月 日
-----	-------