

子ども医療費受給資格等変更届

R 年 月 日

長久手市長 殿

申請者 住所 長久手市
(受給者) 氏名
電話

下記のとおり医療費の受給資格等に変更がありました。

受給者番号	333		
区分	新		変更年月日
受給資格者	住所	愛知県長久手市	
	氏名		
子ども	氏名		
保険加入状況	保険者名		
	保険者番号		
	記号番号		
	附加給付等		

【子ども医療費受給者証の期間変更】

年 月 日から（母子・父子家庭医療 ・ 障害者医療） 該当のため6歳年度末とする。
 非該当のため15歳年度末とする。

【在留カードの有効期間延長】

年 月 日まで

受付		受付内容 確認		入力確認	
----	--	------------	--	------	--

受給者証返却依頼済み（R . . 受領）【就学前 人・小学生 人・中学生 人】