

様式第5号（第7条関係）

こども医療費受給資格内容等変更届					
受給資格者	公費番号	60090131 <small>(未就学児・小学生相当年齢)</small>	80091135 <small>(中学生相当年齢)</small>	なし <small>(高校生相当年齢)</small>	
	受給者番号				
	氏名				
	住所	那須塩原市			
こども	氏名		生年月日	平・令 年 月 日	
	住所	那須塩原市 同上			
変更事項	変更事由	住所・加入保険・その他()			
		新	旧		
	住所	那須塩原市		那須塩原市	
	加入保険	被保険者氏名			
		記号番号			
		保険者名称			
	その他				
<p>上記のとおり変更が生じたので、受給資格者証を添えて届け出ます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 那須塩原市</p> <p style="text-align: center;">届出者 氏名</p> <p>那須塩原市長 様</p>					

受付	令和	年	月	日
交付	令和	年	月	日