決裁	係長	係員	入　　力	／
			入力確認	／
			証作成日	／　手渡・郵送

子ども医療費受給資格変更届

令和　　年　　月　　日

倉敷市長　あて

届出人（保護者）　住　所

氏　名　　㊞

※自署又は記名押印

電　話

受給者番号	受給資格者	生年月日
		平・令　　年　　月　　日
		平・令　　年　　月　　日
		平・令　　年　　月　　日
		平・令　　年　　月　　日

→変更事項に〇をつけてください。←

1　住所	変更前			新資格者証交付希望 □
	変更後			
2　氏名	変更前			
	変更後			
3　加入医療保険	変更前	被保険者又は世帯主氏名		
		記号・番号	記号　　番号	
		保険者番号		
		保険者名称		
	変更後	被保険者又は世帯主	住所	□届出人と同じ □その他〔　　〕
			氏名	
			生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日
		記号・番号	記号　　番号	
		保険者番号		
		保険者名称		
		認定年月日／交付年月日	平・令　　年　　月　　日／平・令　　年　　月　　日	
4　その他（　　）		平・令　　年　　月　　日変更		

※受付窓口処理欄　　□資格者証訂正
□資格者証回収
（水島・児島・玉島・真備・船穂・庄・茶屋町）