

申請者(保護者)	住所			
	氏名	電話番号		
		— —		

次のとおり変更があったので届けます。

子ども	受給者番号	フリガナ 氏名	生年月日	申請者との続柄	保険変更年月日 個人番号
			平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日
			平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日
			平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日
			平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日

子どもの加入医療保険	記号・番号	記号	番号	
	被保険者氏名	(申請者との続柄: 本人)		
	保険者名称	1 全国健康保険協会・支部 2 佐賀市(国民健康保険組合) 3 健保組合 共済組合 国保組合	保険者 番号	

振込先(指定保険医療機関以外受診等)	金融機関名	店番	口座番号
	銀行 農協 金庫 組合	本店 支店 支所 出張所	
		フリガナ 名義人	

同意書

助成額の決定に際して、住民税課税台帳を閲覧すること及び保険者に加入状況、高額療養費の支給状況等を確認することに同意します。

(宛先)佐賀市長

氏名

※同意書は、子どもが加入している医療保険の被保険者(国保は世帯主)が署名してください。

処理欄				受付	
修正入力日	令和 年 月 日			確認	
備考		入力			

本人確認	代理人確認	代理人氏名	続柄	同居・別居の別
				同・別