

子どもの医療費受給資格(保険先)変更届

申請者(保護者)	住所	佐賀市		
	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
			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

子どもの加入健康保険	記号・番号	記号	番号	
	被保険者氏名	申請者との続柄		本人 その他()
	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。

(あて先)佐賀市長

氏名

印

※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)が記名・押印してください。

処理欄				
修正入力日	令和 年 月 日			
備考	入力	確認		
本人確認	代理人確認	代理人氏名	続柄	同居・別居の別
				同・別