様式第1号(第3条・第10条関係)

山梨市子ども医療費助成金受給者資格(変更)届

　山梨市長　様

　次のとおり申請いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請の事由 | □新規 | □その他 | | ☑変更 | | □住所　□氏名　☑保険  　　　　　　保険情報未登録 | |
| 申請年月日 | 令和　　　年　　月　　日 | | | 認定日 | | 令和　　　年　　月　　日 | |
| 申請者  (保護者) | 住所 | | 山梨市 | | | | |
| 氏名 | | 印 | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | |
| 子ども | フリガナ | |  | | 生年月日 | | 枝番 |
| 氏名 | |  | | 年　　月　　日  平成  令和 | |  |
| フリガナ | |  | | 生年月日 | | 枝番 |
| 氏名 | |  | | 年　　月　　日  平成  令和 | |  |
| フリガナ | |  | | 生年月日 | | 枝番 |
| 氏名 | |  | | 年　　月　　日    平成  令和 | |  |
| 子どもの加入している健康保険 | 保険種別 | | □国保　□協会けんぽ　□共済組合  □国保組合　□健保組合　□その他 | | | | |
| 保険者番号 | |  | | | | |
| 保険者名称 | |  | | | | |
| 被保険者証記号番号 | |  | | | | |