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 | 　 |