

様式第6号(第8条関係)

小児等医療費受給資格変更届 年 月 日 吉備中央町長 様 届出人 住所 氏名		
受給資格者番号		
受給資格者	小児等氏名	
	生 年 月 日	
	住 所 (所在地)	
変更事項 1 氏名(小児等又は保護者) 2 住所(小児等又は保護者) 3 加入保険関係 (1) 被保険者名 (2) 保険者名 (3) 記号番号 (4) 附加給付の内容 (5) その他 4 その他	変 更 前 変 更 後	
変 更 年 月 日		