妊産婦・こども医療費受給資格者内容変更届

平成　　年　　月　　日

妊産婦		こども	
受給者番号		受給者番号	
受給資格者氏名		受給資格者（保護者）	
生年月日		こどもの氏名	
		こどもの生年月日	

変更事由（＊該当する変更内容を記入してください。）					
保護者名の変更	（　　年　　月　　日生）			こどもとの続柄	
健康保険証の変更	変更年月日				
	被保険者氏名				
	記号	番号	記号	番号	
	保険者名称・番号		名称		
			番号		
住所の変更	〒　　－ 宇都宮市				
名字の変更	→				
振込銀行等の変更	銀行　　支店（支店番号　　）普通・当座 口座番号　　フリガナ 名義人氏名				

上記のとおり変更が生じたので，お届けいたします。

申請人住所

氏　　名　　印

電　　話　　（　　）

（あて先）宇都宮市長

チェック	受付者	入力者	交付者	確認者

提出先　子ども家庭課・各地域自治センター・各地区市民センター・各出張所
連絡先　子ども家庭課　℡ 028－632－2296