

様式第5号(第10条関係)

加入医療保険変更届出書	
(宛先) 静岡市長	年 月 日
届出者	住所 氏名 電話 子どもとの続柄()
次のとおり届け出ます。	

受給者番号								
(フリガナ)								
子ども氏名								
加入医療保険	被保険者証	記号					番号	
	(フリガナ)							
	被保険者名							
	保険者番号							
	保険者名称							
	保険者所在地							
	保険者電話番号							
	資格取得日			年	月	日		

(注) 受給資格者等に変更がある場合は、別に変更届出書を提出してください。

委 任 状

年 月 日

(宛先) 静岡市長

住所
被保険者
氏名

私は、子ども医療費の受給資格者である期間中において当該受給者証に基づく助成金の申請に関し、税務情報その他助成金の支給に必要な情報を市が調査することについて同意します。

また、子どもが受けた療養が高額療養費等に該当した場合は、その療養に係る保険者への高額療養費等の申請及び保険者からの高額療養費等の受領並びに申請に関して必要な所得証明の請求手続を静岡市長に委任します。

電算登録 ⇨ (年 月 日)