

様式第5号(第11条関係)

子ども医療費助成金受給資格等変更届

年 月 日

上野原市長 様

届出人 住 所
氏 名

受給者番号	受給者氏名	生年月日
		年 月 日
変更事項に○を付けてください 1 氏名 2 住所 3 加入医療保険関係 (1) 保険者名 (2) 記号・番号 (3) 保険者番号 4 指定口座 (1) 金融機関名 (2) 支店名 (3) 口座種類 (4) 口座番号 (5) 口座名義人 5 その他	変 更 前	
	変 更 後	
変 更 年 月 日	年 月 日	

注

- 1 内容変更の事実を証明できるものを提出してください。
- 2 受給資格者証を添付してください。

委任状兼同意書（子ども医療費）

私は、子どもにかかる高額療養費の給付が発生した場合は、その受領に関する
ことを、子ども医療費助成金の支払者である上野原市長に委任します。

また、貴市が上記により受領した私の高額療養費等については、貴市がすでに
支払った当該医療費に充当することに同意します。

年 月 日

上野原市長 様

助成金受給者(被保険者番号)

世帯主 住所

氏名 ④

※ 上記の委任・同意をされない場合は、従来どおり一旦医療機関の窓口でお
支払いいただき、後日、当市に請求をいただく償還払いの扱いとなります。