

子ども医療費 受給資格内容等変更・喪失届

受給資格証番号	
子ども氏名	

項 目		変更後内容	
氏 名			
住 所		皆野町大字	
変 更	加入医療保険	被保険者等の氏名	
		記 号 ・ 番 号	.
		保 険 者 番 号	
		保 険 者 名	
		資 格 取 得 年 月 日	年 月 日
喪 失	振込先口座	金 融 機 関 名	
		本 店 名 ・ 支 店 名	
		預 金 種 別	普通 ・ 当座
		口 座 番 号	
		口 座 名 義 人 (カナ)	
理 由			

変更 または 喪失 事由発生日	年 月 日
-----------------	-------

上記のとおり、 変更 ・ 喪失 事由が発生したので届出します。

年 月 日

皆野町長 様

受給資格者氏名：

(連絡先： - -)