

子ども医療費受給資格喪失／内容変更届

年 月 日

宇多津町長 殿

申請者 住 所 綾歌郡宇多津町

氏 名 印

連絡先

次のとおり 年 月 日から 喪失 したので届けます。
 変更

受給資格者証番号			
対象となる子ども			

変更事項		新			
受給資格者	氏 名		続柄		
	(生年月日)	年 月 日生	電話番号		
	住所				
対象乳幼児	氏 名				
	住所				
振込先	銀行	支店	口座番号	普通・当座	
	フリガナ				
	名義人				
加入保険	保険の種類	(日 ・ 協 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 国)	記号番号		
	附加給付	有 ・ 無	被保険者氏名		続柄
備考					

- (注) 1. 変更事項欄は、該当欄のみ記入。
 2. さきに交付された受給資格者証を添付すること。
 3. 加入保険の変更の場合は、新しい被保険証(組合員証)を提示すること。
 4. 申請者氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。