

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<br>(受給資格者) | 住所           | 綾歌郡宇多津町 |  |  |      |  |  |
|                | 氏名           |         |  |  | 電話番号 |  |  |
| 対象となる<br>子ども   | 受給資格者<br>証番号 |         |  |  |      |  |  |
|                | 氏名           |         |  |  |      |  |  |

次のとおり 年 月 日 から 喪失 / 変更 したので届け出ます。

| 変更事項         |                | 新                |      |  |             |                 |  |
|--------------|----------------|------------------|------|--|-------------|-----------------|--|
| 受給資格者        | 住 所            |                  |      |  |             |                 |  |
|              | 氏 名            |                  |      |  | 生年月日        | 年 月 日生          |  |
|              | 電話番号           |                  |      |  | 子ども<br>との続柄 |                 |  |
| 対象となる<br>子ども | 住 所            |                  |      |  |             |                 |  |
|              | 氏 名            |                  |      |  |             |                 |  |
| 加入保険         | 保険の種類          | 保険者番号            | 記号   |  | 番号          |                 |  |
|              |                |                  |      |  |             |                 |  |
|              | 被保険者名          |                  |      |  | 子ども<br>との続柄 |                 |  |
| 医療費<br>受給口座  | 銀行・支店名         | 銀行<br>信用金庫<br>農協 |      |  |             | 本店<br>支店<br>出張所 |  |
|              | 種 目            | 普通 当座            | 口座番号 |  |             |                 |  |
|              | 口座名義<br>(カタカナ) |                  |      |  |             |                 |  |
| 備 考          |                |                  |      |  |             |                 |  |

- (注) 1. 変更事項欄は、該当欄のみ記入。  
 2. 先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、新しい被保険者証(組合員証)を提示すること。