

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 (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 子ども	受給資格者 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 との続柄		
対象となる 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 との続柄		
医療費 受給口座	銀行・支店名	銀行 信用金庫 農協				本店 支店 出張所	
	種 目	普通 当座	口座番号				
	口座名義 (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。