

様式第6号(第8条関係)

子ども医療費受給資格内容等変更届

年 月 日

(宛先)
東温市長

住 所
届出人
氏 名
印

子ども医療費受給資格登録内容に変更がありましたので、下記のとおり届け出ます。

受給資格者																
証 番 号								証 番 号								
子 ども	生年月日 年 月 日						子 ども	生年月日 年 月 日								
証 番 号								証 番 号								
子 ども	生年月日 年 月 日						子 ども	生年月日 年 月 日								

変 更 項 目		変 更 前	変 更 後
住 所	<input type="checkbox"/> 受給資格者		
	<input type="checkbox"/> 子ども		
氏	<input type="checkbox"/> 受給資格者		
	<input type="checkbox"/> 子ども		
医療保険	被保険者氏名		
	保 険 種 別		
	記 号 番 号		
	保 険 者 名		

喪 失 事 由	内 容	
転 出	<input type="checkbox"/> 受給資格者 <input type="checkbox"/> 子ども	<input type="checkbox"/> 上記の変更後住所地に転出
そ の 他	<input type="checkbox"/> 受給資格者 <input type="checkbox"/> 子ども	

備 考	<input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 氏変更 <input type="checkbox"/> 医療保険の変更 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> その他()					
	変更年月日			年	月	日
	受給資格喪失年月日			年	月	日