

子ども医療助成資格変更(喪失)届

年 月 日

岬 町 長 あ て

申 請 者 住所
(保護者) 氏名
電話

下記のとおり変更(喪失)しましたのでお届けします。

変更(喪失)年月日		年 月 日						
項 目		変更後(変更箇所のみ記入)			変 更 前			
受給者番号								
対象者 (乳幼児)	氏 名							
	住 所							
保護者	氏 名							
	住 所							
資 格 変 更 欄	加入医療保険	記 号 ・ 番 号						
		被 保 険 者 名						
		続 柄						
		保 険 種 別	協 ・ 組 ・ 日 ・ 船 ・ 共 ・ 国			協 ・ 組 ・ 日 ・ 船 ・ 共 ・ 国		
		保 険 者 番 号						
		保 険 者 名						
	所 在 地							
変 更 事 由		ア 住所変更 ・ イ 保険事項変更 ・ ウ その他()						
喪 失 事 由 *該当する記号を○で囲む		ア 対象乳幼児の転出 イ 対象乳幼児の死亡 ウ 健康保険の資格喪失 エ 生活保護開始 オ 他公費の適用 カ その他()						