

様式第9号(第10条関係)

こども医療費受給資格変更(資格喪失)届

格受給者資	資格証番号			
	氏名			
	住所			
こども	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			

内容		区分	新	旧
対象こどもの氏名				
住所				
加入保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名			
	記号・番号			
	保険者名 (保険組合等の名称)	電話 ()		電話 ()
	所在地			
	保険者番号			
振込先	金融機関			
	支店名			
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義人			

変更年月日

年 月 日

資格喪失理由

1. 対象こどもが他の市町村(特別区を含む。)に転出した
 2. 対象こどもが死亡した 3. 対象こどもを監護しなくなった
 4. その他 ()

資格喪失事由発生日 年 月 日

上記のとおり 変更が生じた ので、受給資格証を添えて届け出ます。

資格を喪失した

届出年月日

年 月 日

届出人 住所

氏名

朝霞市長宛