

様式第9号(第10条関係) 《資格喪失(転出) 記入例》

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	123〇〇〇〇 / 123△△△△ / 123□□□□		
	氏名	朝霞 太郎		
	住所	朝霞市本町1-1-1		
こども	氏名	朝霞 花子 朝霞 次郎 朝霞 三郎	生年月日	平成〇〇 〇〇 〇〇 平成△△年△△月△△日 令和□□ □□ □□
	住所	同上		
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	令和〇〇年	〇〇月	〇〇日	
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てください。		
届出年月日	令和〇〇年	〇〇月	〇〇日	
	届出人 住所	朝霞市本町1-1-1		
	氏名	朝霞 太郎		
朝霞市長宛				

複数名お子様がいらっしゃる場合は、全員分の御記入をお願いいたします。

転出(消滅事由発生)年月日の前日をご記入ください。
例) 令和4年12月1日転出の場合 → 令和4年11月30日