

様式第9号(第10条関係)《住所変更 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	花子・次郎・三郎	
	住所	朝霞市本町1-1-1	
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		令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	
資格喪失理由	1. 対象こどもが他の市町村 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 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 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			

複数名の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。

新しい住所をご記入ください。

住民票の異動日をご記入ください。