

様式第9号(第10条関係)《保険変更 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		
	住所		
加入保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	朝霞 太郎	
	記号・番号	1・23456	
	保険者名(保険組合等の名称)	〇〇健康保険組合〇〇支部	電話
	所在地	〇〇県〇〇市1-1-1	
	保険者番号	01234567	
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 2. 対象こどもが死亡 4. その他 () 保険証に記載されている認定年月日もしくは資格発生日をご記入ください。		
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			