

様式第9号(第10条関係)《口座変更 記入例》

子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	〇〇銀行	
	支店名	〇〇支店	
	口座番号	1234567	
	フリガナ	アサカ タロウ	
	口座名義人	朝霞 太郎	
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(届出年月日をご記入ください)。 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いらっしゃる場合は、全員分のご記入をお願いいたします。

口座情報をご記入ください。(振込先に登録できるのは受給資格者本人名義の口座のみです。)

届出年月日をご記入ください。