

様式第5号(第9条関係)

決 裁	決裁権者				担 当	受 付	年 月 日
						決 裁	年 月 日
						交 付	年 月 日

こども医療費受給資格内容等変更(消滅)届							
受給資格者	資格証記号番号						
	氏 名						
	住 所						
対象児	氏 名		生年月日	年 月 日			
	住 所						
内 容		区 分		新		旧	
対 象 児 の 氏 名							
住 所							
加入 医療 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						
	口 座 番 号						
	フ リ ガ ナ 口 座 名 義 人						
変 更 年 月 日							
消滅理由							
消滅事由発生日 年 月 日							
上記のとおり 変更消滅 が生じたので受給資格証を添えてお届けします。							
年 月 日							
届出人 住 所 氏 名							
横瀬町長 様 連絡先							