様式第６号（第１０条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 決裁権者 |  |  |  |  | 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 | 資格証番号 | |  | | | | | |
| 氏名 | | 個人番号： | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | |
| こども | 氏名 | | 個人番号： | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 住所 | |  | | | | | |
| 区分  内容 | | | | | 新 | | 旧 | |
| 対象となるこどもの氏名 | | | | |  | |  | |
| 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 | | | |  | |  | |
| その他の事項 | | | | |  | | | |
| 変更年月日 | | | | |  | | | |
| 消滅理由  　　　　消滅理由発生日　　　　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。 | | | | |
| 届出年月日  　　　　　年　　月　　日  届出人　住所  氏名  　神川町長　　　　様 | | | | | | | | |