第６号様式（第１０条関係）

こども医療費助成金受給資格等変更・喪失届

平成　　年　　月　　日

糸満市長　　殿

届出人
住　所　　糸満市

氏　名　　印

次のとおり変更・喪失しましたので届けます。　　（ＴＥＬ：　　）

受給資格者証番号											対象こども氏名 生年月日	(H　年　月　日)
												(H　年　月　日)
												(H　年　月　日)
												(H　年　月　日)
												(H　年　月　日)
												(H　年　月　日)

			新	旧
変更の内容	こども	氏　名		
		個人番号		
	受給資格者	住　所	糸満市	糸満市
		氏　名		
		個人番号		
	口座内容	フリガナ		
		名義人		
		振込先	銀行・農協	銀行・農協
			本・支店	本・支店
		口座番号		
	加入医療保険	種　類	政・組・船・共・国	政・組・船・共・国
		被保険者名		
		個人番号		
		記号・番号	記号　番号	記号　番号
		保険者名		

喪失	理　由	1　転出　2　生活保護　3　里子　4　児童施設入所　5　重度心身医療費助成受給　6　死亡
	喪失日	平成　　年　　月　　日

備考	□ 受給資格者証の発行 （口座番号変更届け以外の時） □ 3歳以上のため、カード発行なし。 □ 画面処理 □ 台帳処理