

こども医療費助成金受給資格等変更・喪失届

平成 31 年 1 月 1 日

糸満市長 殿

届出人 住所 糸満市 潮崎町1丁目1番地

氏 名 糸満 太郎

糸満 印

次のとおり変更・喪失しましたので届けます。(T E L : 000-000-0000)

受給資格者証番号	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	対象 こども 氏名 生年 月日	糸満 花子	(H 30 年 1 月 1 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)				
変更の内容	こども	氏 名	糸満 花子									〇〇 花子				
		個人番号														
	受給資格者	住 所	糸満市 潮崎町1丁目1番地									糸満市 潮崎町〇丁目〇番地				
		氏 名	糸満 太郎									〇〇 〇〇				
		個人番号														
	口座内容	フリガナ	イトマン タロウ									〇〇 〇〇				
		名義人	糸満 太郎									〇〇 〇〇				
		振込先	〇× 銀行・農協									〇□ 銀行・農協				
			A 本 支店 B 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	糸満 太郎									〇〇 〇〇				
		個人番号														
		記号・番号	記号	000000			番号	111			記号	糸国		番号	000000	
			保険者名											〇〇〇〇保険協会 〇〇支部		
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 31 年 2 月 1 日														
備 考	☐ 受給資格者証の発行 (口座番号変更届け以外の時) ☐ 画面処理 ☐ 3歳以上のため、カード発行なし。 ☐ 台帳処理															

該当する項目のみ記入してください