

様式第5号（第11条関係）

こども医療費受給資格内容等変更（消滅）届

受給者番号	対象児氏名	生年月日
		平成 令和 年 月 日

1 下記のとおり変更が生じましたので受給者証を添えてお届けします。

		変更年月日 平成 令和 年 月 日
住所変更		(新)
(旧)		
氏変更	受給者氏	(新)
	対象児氏	(新)
保険変更 (新)	別紙、被保険者証写しのとおり	
振込先変更 (新)	銀行・信用金庫・農協	
	普通・当座	口座番号
	名義人（カナ）	

2 受給資格が消滅しましたので受給者証を添えてお届けします。

		消滅年月日 平成 令和 年 月 日
消滅理由		1 町外に転出（転出先住所／） 2 生活保護受給 3 他制度に切り換え 4 受給者変更 5 その他（）

令和 年 月 日

届出人 住 所

氏 名

電話番号 ()

毛呂山町長 あて