

子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
		平成令和 年 月 日
		平成令和 年 月 日
		平成令和 年 月 日

1 下記のとおり変更が生じ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)		(旧)		
	対象児氏	(新)		(旧)		
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 本・支店					
	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