

子ども医療費受給資格内容等変更（喪失）届

年 月 日

(宛先) 行田市長

住 所
届出人 氏 名
電話番号

次のとおり、変更（喪失）が生じたので受給資格証を添えて届け出ます。

受給資格者	氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所		電話番号		
	個人番号		続柄	父・母・その他()	
対象となる子ども	1	受給資格証番号	フリガナ		
			氏 名		
		個人番号		生年月日	年 月 日
	2	受給資格証番号	フリガナ		
			氏 名		
		個人番号		生年月日	年 月 日
	3	受給資格証番号	フリガナ		
			氏 名		
		個人番号		生年月日	年 月 日

1 住所変更

住 所		電話番号	
-----	--	------	--

2 氏名変更

受給資格者の氏名		※振込口座の変更確認 <input type="checkbox"/>	
子どもの氏名	1	2	3

3 加入医療保険の変更

記号		番号		保 険 者 名
被 保 険 者 ・ 世帯主等の氏名				健康保険組合 共済組合 国民健康保険 国民健康保険組合
資 格 取 得 日		年 月 日		全国健康 保険協会
保 険 者 番 号				支 部

4 振込口座の変更（上記の受給資格者名義に限ります。）

金 融 機 関 名	銀 行 信用金庫 農 協	支店名	本店	支 店 出張所	種別 普通
金融機関コード		店番号		口座番号	
名 義 人 氏 名 (カタカナ)					

5 その他の変更

内 容	
-----	--

6 喪失（喪失年月日： 年 月 日）

喪失理由	<input type="checkbox"/> 市外に転出(42) (住所 電話番号) <input type="checkbox"/> 生活保護受給(45) <input type="checkbox"/> 受給者変更(43/43) <input type="checkbox"/> 死亡(41) <input type="checkbox"/> その他喪失(49)()
------	---