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）が生じまし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　□ |
| 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 |  | 全国健康保険協会 | 健康保険組合共済組合国民健康保険国民健康保険組合支　部 |
| 資格取得日 | 年　　　　月　　　　日　 |
| 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |

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 | □市外に転出(42) | 住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| □生活保護受給(45)　　□受給者変更(43/43)　　□死亡(41)　　□その他喪失(49)(　　　　　　　　　) |