

子ども医療費・ひとり親家庭等医療費 受給資格変更・喪失届出書

和水町長 様

子ども医療受給資格・ひとり親家庭等医療受給資格に変更・喪失が生じましたので届け出ます。
受給者証交付のために必要となる世帯に係る所得等の状況について、公簿等で確認することに同意します。

受給者	住 所	和水町	
	氏 名	生年月日	年 月 日
	昼間つながる電話番号		

※基本受給者は、児童手当の受給者と同じ保護者です。

対象者	氏 名	生年月日	子ども医療受給者証の番号	ひとり親家庭等医療受給者証の番号
1	受 給 者	同 上		
2		年 月 日		
3		年 月 日		
4		年 月 日		
5		年 月 日		

変更の事由 : 1 保険証 2 住所 3 氏名 4 振込口座
喪失の事由 : 1 転出 2 婚姻 3 その他 ()

変更後の医療保険の保険者情報

保険者名		被保険者氏名	
被保険者証の記号・番号		付加給付の額	円

変更後の振込口座 ※児童手当の口座と違う場合のみ記入(受給者の口座に限る)

金融機関名		支店名	
口座区分	普通・当座	口座番号 (ゆうちょの場合、記号・番号)	

※変更または喪失したことが分かる書類等を添付いただくことがあります。

※資格喪失日は、子ども医療は喪失日と同じ、ひとり親家庭等は喪失日の月末までとなります。

-以下、職員記入欄-----

証交付(有・無)

供 覧	課 長	課長補佐	係 長	参 事	係 員	係	

伺) 申請がありましたので、変更してよろしいか。