

様式第11号(第11条関係)

子ども医療費受給資格変更(消滅)届

年 月 日

平川市長 様

保護者 住所
氏名

下記のとおり資格証を添えて届出します。

記

1 変更届

| | | 新 第 第 | 号 号 | 旧 第 第 | 号 号 | 変更年月日 | |
|-----------------------------------|--------------|-------------|--------|-------------|--------|-------|--|
| 保護者 | 住 所 | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | |
| | 加入 保 険 | 種 類 | | | | | |
| | | 記 号 番 号 | | | | | |
| | | 被 保 険 者 名 | | | | | |
| | | 保 険 者 名 | | | | | |
| | | 所 在 地 | | | | | |
| 対 象 と な る 子 ど も | 住 所 | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | |
| 世帯主 | 氏 名 | | | | | | |

2 消滅届

| | |
|------|-----------------|
| 消滅事項 | 第 号 対象となる子どもの氏名 |
| 理 由 | |