

受付者

こども医療費受給資格(変更・喪失)届

個人番号/受給者番号	対象子ども氏名	性別	生年月日												
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>				-				-					フリガナ	男女	年 月 日
			-				-								
個人番号/受給者番号	対象子ども氏名	性別	生年月日												
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>				-				-					フリガナ	男女	年 月 日
			-				-								

変更事由	変更の内容		変更年月日
<input type="checkbox"/> 氏名	フリガナ 氏 名	受給者との続柄	年 月 日
<input type="checkbox"/> 住所	住 所	和歌山市 (方書)	年 月 日
<input type="checkbox"/> 医療保険	被保険者 氏 名	受給者との続柄	年 月 日
	住 所		
	記号番号		
	保 険 者 番 号		
<input type="checkbox"/> その他	保険者名		年 月 日
			年 月 日

喪失の内容 (対象子ども)	
<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 (へ転出) <input type="checkbox"/> 生保開始	<input type="checkbox"/> 保険喪失 <input type="checkbox"/> その他 ()
喪失年月日	年 月 日

上記のとおり関係書類を添えて届出します。	
年 月 日	和歌山市
(宛先) 和歌山市長	住 所
	氏 名
	電 話 ()