

※個人番号・受給者番号は空欄でもかまいません  
 ※新しい住所地にお子様宛で医療証を送付します

受付者

子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
フリガナ		対象子ども氏名	男・ 女	年 月 日
フリガナ				
個人番号/受給者番号		対象子ども氏名	性別	生年月日
フリガナ		対象子ども氏名	男・ 女	年 月 日
フリガナ				

変更事由	変更の内容		変更年月日
<input type="checkbox"/> 氏名	フリガナ	受給者との続柄	年 月 日
	氏名		
<input checked="" type="checkbox"/> 住所	住所	和歌山市 <b>新住所</b>	年 月 日 (異動年月日)
		(方書)	
<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		
	保険者名		
<input type="checkbox"/> その他			年 月 日

喪失の内容 (対象子ども)	
<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 ( ~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。

令和 年 月 日  
 記入日

和歌山市 記入者住所

住所

氏名 記入者名

(宛先) 和歌山市長

電話

日中かかりやすい番号