

※子ども医療証は転出予定日まで使用可能です  
※喪失届に合わせて医療証の返却が必要です

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																					
<table border="1"><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><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			-																			フリガナ 対象子ども氏名	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"><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><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	受給者との続柄	年 月 日
	氏名		
<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		
	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"/> 保険喪失
<input checked="" type="checkbox"/> 転出（転出先の市町村名へ転出）	<input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 生保開始	
喪失年月日	（死亡日・転出予定日または喪失する事由が発生する日） 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 住所 記入者住所  
氏名 記入者名  
電話 日中かかりやすい番号

(宛先) 和歌山市長