

こども医療費受給資格内容等変更（消滅）届

蓮田市長 宛て

令和 年 月 日

住 所 蓮田市

届出人 氏 名

電話番号

次のとおり、変更・消滅が生じたので届出します。

受給資格者	氏 名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住 所 (旧住所)	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ（記入不要） 蓮田市	電話番号	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ（記入不要）
対象となる こども	受給資格証番号		氏 名	生 年 月 日
				平成・令和 年 月 日
				平成・令和 年 月 日
				平成・令和 年 月 日

1 住所変更（変更年月日： 令和 年 月 日）

新 住 所	蓮田市	電話番号	
-------	-----	------	--

2 氏名変更（変更年月日： 令和 年 月 日）

受給資格者氏名	
対象となる こどもの氏名	

3 加入医療保険の変更

世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の 氏 名		保 険 者 名	
記 号 ・ 番 号			健保組合・全国健保協会 国保・国保組合・共済組合 支部
資格認定年月日	平成・令和 年 月 日	保 険 者 番 号	

4 金融機関の変更（変更年月日： 令和 年 月 日）

金 融 機 関 名	銀行・農協・信用金庫 信用組合・労働金庫			本店 支店
店 番 号		口 座 番 号		預 種 金 別 普 通
口 座 名 義 人 (カタカナ)				

5 消滅（消滅年月日： 令和 年 月 日）

転出 ・ 死亡 ・ その他（ ）

* 市 使 用 欄	<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 消滅	資格証返却	済 ・ 未	処理年月日	令和 年 月 日
-----------	---	-------	-------	-------	----------