

子ども医療費 受給資格内容等変更(喪失)届

年 月 日

(宛先)飯能市長

受給者 住 所
氏 名 電 話

下記のとおり受給資格内容等の変更(喪失)を届出します。

受給資格証記号番号				
子 ども	氏 名			
	生年月日	年 月 日		
受給資格内容等の変更	受給者	氏 名		
		住 所		
	子ども	氏 名		
		住 所		
	加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名		
		保 険 者 名 称	(保険者番号)	
		保険者の所在地		
		記 号 ・ 番 号		
		付 加 給 付 内 容		
	口座振替先	金 融 機 関 名	銀行・信用金庫 農業協同組合	本店・支店 出張所
		口 座 種 別	当座・普通	
		口 座 番 号		
		口 座 名 義 人		
	そ の 他 の 事 項			
	変 更 年 月 日		年 月 日	
受給資格の喪失	受給資格喪失理由 1 他市町村へ転出 転出先〔住所 電話 〕 2 生活保護受給開始 3 死亡 4 その他(理由：)			
	喪 失 年 月 日	年 月 日		
再交付	受給資格証再交付理由 1 破損又は亡失 2 その他(理由：)			