

子ども医療費受給資格内容等変更（消滅）届

杉戸町長

年 月 日

住 所 杉戸町

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。

また、杉戸町子ども医療費支給に関する条例施行規則に基づく受給資格の変更等の事務を行うため、必要な範囲内で加入保険情報等の確認、公簿等の調査や個人番号等に基づく情報の取得を行うことに同意します。

受給資格者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所 (旧住所)	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ（記入不要） 杉戸町	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	
			年 月 日	
			年 月 日	

1 住所変更（変更年月日： 年 月 日）

新 住 所	杉戸町
-------	-----

2 氏名変更（変更年月日： 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・加入者氏名		保 険 者 名	健保組合・全国健保協会 国保・国保組合・共済組合 支部
記 号 ・ 番 号			
資格認定年月日	年 月 日	保 険 者 番 号	

4 金融機関の変更（変更年月日： 年 月 日）※通帳等の写しを添付してください。

金 融 機 関 名	銀行・農協・信用金庫 本店 信用組合・労働金庫 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： 年 月 日）

転出・他医療制度受給開始（ 重度・ひとり親・生活保護 ）・死亡・その他（ ）
--

※受給資格が消滅となる場合は、必ず受給資格証を返却してください。

町記入欄	<input type="checkbox"/> 変 更 <input type="checkbox"/> 消 滅	受給資格証返却	済・未	処理年月日	年 月 日
------	---	---------	-----	-------	-------