

記入例

子ども医療費受給資格内容等変更(消滅)届

杉戸町長

令和〇年〇月〇日

住所 杉戸町清地2-9-29

届出人氏名 杉戸太郎

電話番号 090-0000-xxxx

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	杉戸太郎					生年月日	平成1年2月3日		
	住所 (旧住所)	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ(記入不要) 杉戸町					電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ(記入不要)		
対象となる 子ども	受給資格証番号					氏名		生年月日		
	1	2	3	4	5	6	7	杉戸花子		令和6年7月8日
	変更になった箇所を記入してください							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 子どもの氏名			

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	杉戸太郎	健康保険の資格を取得した日	埼玉
記号・番号	123 45678	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
資格認定年月日	令和〇年〇月〇日	保険者番号	2 3 4 5 6 7 8 9

4 金融機関の変更 (変更年月日: 令和〇年〇月〇日) ※通帳等の写しを添付してください。

金融機関名	すぎと 銀行 ・農協・信用金庫 信用組合・労働金庫							本店	杉戸	支店				
店番号	1	2	3	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	預種	金別	普通
口座名義人 (カタカナ)	変更される場合は、受給資格者本人の新しい口座の名義をカタカナでご記入ください													

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
------	-----------------------------	-----------------------------	---------	-----	-------	-------