

様式第5号

子育て支援医療費受給資格内容等変更（消滅）届				
受給資格者	資格証記号番号	1 0 0 0 0 0 1		
	氏名	川 島 太 郎		
	住所	川島町大字平沼1175		
児 童	(ふりがな) 氏名	かわ じま いち ろう 川 島 一 郎	生年月日	平成15年 9月 6日
	氏名	かわ じま はな こ 川 島 花 子	生年月日	平成21年 1月27日
	住所	川島町大字平沼1175		
内 容	区 分	新	旧	
	(ふりがな) 対象児童の氏名			
	住 所			
加 入 保 険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名	川 島 太 郎	川 島 太 郎	
	記 号 番 号	川島・〇〇〇〇	××・△△△△	
	保 険 者 名 (保険組合等の名称)	川島町国民健康保険 TEL 049 (297) 1811	〇〇健康保険組合 TEL ××× (×××) ×××	
	所 在 地	川島町大字平沼1175	埼玉県〇〇市〇〇〇1-1	
	保 険 者 番 号	110544	111111	
	変 更 年 月 日	平成21年1月1日	平成20年12月31日	
消滅理由	転出・受給資格者等			
消滅事由発生日	年	月	日	該当する変更内容をご記入ください。 例：加入保険の変更
申請日	変 更 消 滅	上記のとおり が生じたので受給資格証を添えてお届けします。		
		平成××年 ××月 ××日		
	届出人	住所	川島町大字平沼1175	
		氏名	川 島 太 郎 ⑧	
	川 島 町 長 様			