

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			
	氏名			
	住所			
児童	(ふりがな) 氏名	生年月日	年	月 日
		生年月日	年	月 日
	住所			
区分		新	旧	
内容				
(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			
	記号番号			
	保険者名 (保険組合等の名称)	TEL ( )	TEL ( )	
	所在地			
	保険者番号			
変更年月日				
消滅理由 転出・受給資格者等変更				
消滅事由発生日 年 月 日				
変更 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。 消滅 年 月 日 届出人 住所 氏名				
川島町長様 <span style="float: right;">⑩</span>				