

様式第6号(第9条関係)

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	受給者番号			
	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			
	被保険者名(保険組合等の名称)	TEL ()	TEL ()	
	所在地			
	被保険者番号			
変更年月日				
消滅理由		転出・受給資格者等変更・ひとり親家庭等医療費受給 消滅事由発生日 年 月 日		
上記のとおり変更消滅		が生じたので受給資格証を添えてお届けします。		
年 月 日		届出人 住所氏名		
川島町長 様		印		