

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	1000001		
	氏名	川島太郎		
	住所	川島町大字下八ツ林870番地1		
児童	(ふりがな)氏名	川島一郎	生年月日	平成15年9月6日
		川島花子	生年月日	平成21年1月27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	川島太郎	川島太郎	
	記号番号	川島・0000	××・△△△△	
	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	川島町大字下八ツ林870-1	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・受給資格者等変更事由発生日	該当する変更内容をご記入ください。 例：加入保険の変更		
<p>上記のとおり 変更 が生じたので受給資格証を添えてお届けします。</p> <p>申請日 消滅 平成××年××月××日</p> <p>届出人 住所 川島町大字下八ツ林870番地1 氏名 川島太郎 印 ○</p> <p>川島町長 様</p>				