

## こども医療費受給資格登録内容等変更(消滅)届

受給資格者	氏 名					
	住 所 ※ 受給資格証の住所					
こども	フリガナ		住所		受給者番号	
	氏名				※資格証上から2段目	
	生年月日	年 月 日				
	フリガナ		住所		受給者番号	
	氏名				受給者番号	
	生年月日	年 月 日				
	フリガナ		住所		受給者番号	
氏名		受給者番号				
生年月日	年 月 日					
変更事項(変更する項目のみ記入)	新				旧(記入できる場合)	
	住所					
	加入保険	記号・番号	.		.	
		保険者名	(保険者番号 )			
		被保険者等				
		変更年月日	年 月 日	年 月 日		
	振込口座	金融機関 <small>(金融機関コード)</small>	銀行 ・ 信用金庫 ・ 農協 ( )		備考	
		支店 <small>(支店コード)</small>	支店 ・ 出張所 ・ 営業部 ( )			
		口座番号				
		口座名義人				
氏名の変更						
消滅	消滅理由					
	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届け出ます。			
年 月 日						
		届出人住所	白岡市			
		氏名				
		電話番号				
(宛先) 白岡市長						