

子ども医療費受給資格(変更・喪失)届

受給者氏名	生年月日

*喪失に該当する方(該当するものに○)

1. 転出	2. 死亡	3. 生保開始
4. その他()		
喪失日	年	月 日

*変更 に 該当する方(該当するものに○)

変更後				
1. 加入保険	保険種別	協 組 日 船 共 国 国 組 自 特定		
	保険者名		保険者番号	
	記号		番号	
	被保険者名			
	保険加入日			
2. 保護者				

松原市長 殿

上記のとおり、医療費の受給資格について変更又は喪失の届出をいたします。
 なお、届出に当たり、公簿等により私の所得等の確認をされることを承諾します。
 また、家族の所得等を調査されることについて、家族の承諾を得ています。

年 月 日

住所 _____

申請者 _____

(保護者) 氏名 _____ (印)

電話番号 _____

-----市 役 所 記 入 欄-----

決 裁				受 給 者 番 号	受付印
課長	課長補佐	係長	係員		