

課長	主査	グループ

様式第9号(第7条関係)

## 子ども医療費受給資格内容変更届出書

令和 年 月 日

美幌町長 様

住所 美幌町字

届出人

氏名

下記のとおり 住所 氏名 に変更がありましたので、お届けします。

加入医療保険  
その他の

記

対象者					受給資格者証 記号・番号	
住所	新					変更 年 月 日
	旧					
氏名	新					変更 年 月 日
	旧					
加入	新	名称	国保・共済・政管・健保	記号 番号		変更 年 月 日
	旧		国保・共済・政管・健保			
医療	新	付加給付 の有無		付加 給付の 内容		変更 年 月 日
	旧					
保険	新	被保険者 (組合員) の氏名				変更 年 月 日
	旧					
その他	喪失理由	1 年齢到達した 2 ひとり親医療の受給者となった 3 重度医療の受給者となった 4 生活保護開始	5 他市町村に転出することになった 6 健康保険等の被保険者でなくなった 7 死亡した 8 その他	変更 年 月 日		

◎字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。

確認者	処理日	受付印