

子ども医療費受給資格変更(消滅)届

令和 年 月 日

藤 崎 町 長

(保護者)

住 所 藤崎町大字

氏 名

印

電 話

下記のとおり資格証を添えて届出します。

記

1 変更届

		新	旧	変更年月日		
保 護 者	住 所	藤崎町大字	藤崎町大字	令和 年 月 日		
	氏 名			令和 年 月 日		
	加 入 保 険	種 類	協・組・船・共・国	協・組・船・共・国	令和 年 月 日	
		記号番号	記号	記号		令和 年 月 日
			番号	番号		
保 険 者						
所 在 地						
対 象 者	住 所	藤崎町大字	藤崎町大字	令和 年 月 日		
	氏 名			令和 年 月 日		

2 消滅届

消 滅 事 項	
理 由	