

様式第11号(第10条関係)

子ども医療費受給資格変更(消滅)届

年 月 日

藤崎町長

(保護者)

住 所

氏 名

(※)

電 話

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

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       |         |   |       |  |
|           | 氏 名       |         |   |       |  |
|           | 加 入 保 険   | 保 健 種 別 |   |       |  |
|           |           | 記 号 番 号 |   |       |  |
|           |           | 保 険 者 名 |   |       |  |
|           | 保 険 者 番 号 |         |   |       |  |
| 給 付 対 象 者 | 住 所       |         |   |       |  |
|           | 氏 名       |         |   |       |  |

2 消滅届

|         |  |
|---------|--|
| 消 滅 事 項 |  |
| 理 由     |  |