

### 藤崎町乳幼児医療費受給資格変更(消滅)届

平成 年 月 日

藤 崎 町 長

住 所 藤崎町大字

申請者 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                     | 住 所      | 藤崎町大字    | 藤崎町大字     | 平成 年 月 日  |          |
|                       | 氏 名      |          |           | 平成 年 月 日  |          |
| 護<br>者                | 加入<br>保険 | 種 類      | 協・組・船・共・国 | 協・組・船・共・国 | 平成 年 月 日 |
|                       |          | 記号<br>番号 | 記号        | 記号        | 平成 年 月 日 |
|                       |          |          | 番号        | 番号        |          |
|                       |          | 保 險 者    |           |           | 平成 年 月 日 |
| 所 在 地                 |          |          | 平成 年 月 日  |           |          |
| 対<br>象<br>乳<br>幼<br>児 | 住 所      |          |           | 平成 年 月 日  |          |
|                       | 氏 名      |          |           | 平成 年 月 日  |          |

#### 2 消滅届

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