

様式第6号(第10条関係)

子ども医療費受給資格内容等変更(消滅)届		
受給資格者	受給資格証番号	
	氏名	
	住所	
子ども	氏名	生年月日 年 月 日
	住所	
変更事項		変更後
		変更前
住所		
氏名		
加入保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名	
	記号番号	
	保険者名	
	保険者番号	
振込先	金融機関名	
	支店名	
	口座番号	
	口座名義人	
消滅事由		
変更(消滅)年月日		年 月 日
<p>変更 上記のとおり が生じたので受給資格証を添えて届け出ます。</p> <p>消滅 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">届出人 住所 氏名</p> <p>(あて先) 幸手市長</p>		