

# こども医療費助成金受給資格等変更・喪失届

平成      年      月      日

伊是名村長 殿

申請者  
(保護者)

住所

氏名

印

フリガナ		受給資格番号	
氏名			
生年月日	平成      年      月      日		

※下記からは変更がある箇所の記入をお願いします。

		新	旧			
変更の内容	対象者氏名					
	(受給保護者)	氏名				
		住所				
	口座変更	フリガナ				
		名義人				
		振込先				
		口座番号				
	加入医療保険	保険の種類	政・船・組・共・国		政・船・組・共・国	
		被保険者名				
		記号・番号	記号	番号	記号	番号
		保険者名				
		変更日	平成      年      月      日			
	喪失	理由	1. 転出   2. 死亡   3. 生活保護   4. その他   5. 資格消滅			
喪失日		平成      年      月      日				
備考						