

乳幼児 子ども 医療費受給資格変更(消滅)届

おいらせ町長 殿

年 月 日

住所 おいらせ町

申請者 氏名

電話

次のとおり資格証を添えて届出します。

1 変更届

		変更年月日	年 月 日
		新	旧
保護者	住所		
	世帯主		
	氏名		
加入保険	種類		
	記号番号		
	保険者名称		
対象児	住所		
	氏名		

2 消滅

		消滅年月日	年 月 日
消滅事由	1 へ転出 2 保険喪失 3 生活保護受給 4 ひとり親等該当 5 その他 ()		