

御坊市子ども医療費受給資格 変更・消滅 届

年 月 日

御 坊 市 長 様

住 所

氏 名

電話番号

下記のとおり変更しましたので届出ます。

記

子 ど も	受給者番号		氏 名		個人番号														
受 給 資 格 者																			
			新		旧								変更年月日						
住 所 ・ 氏 名 ・ 加 入 医 療 保 険 等	住 所												年 月 日						
	氏 名												年 月 日						
	加 入 医 療 保 険	被保険者又は組合員氏名												年 月 日					
		記 号 番 号																	
		保 険 者 名 称																	
		附 加 給 付		有 ・ 無		有 ・ 無													
消 滅	事 由																		
	喪失日		年 月 日																

システム	国保連絡	他公費		