

京丹波町すこやか子育て医療費受給者証交付申請事項変更(喪失)届書

		変更・喪失	変更前	事由
受給者	ふりがな			1. 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 医療保険加入状況の変更 <input type="checkbox"/> 対象者(保護者)の変更 <input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生年月日 年 月 日
	①氏名	(生年月日: 年 月 日)		
	ふりがな			
	②氏名	(生年月日: 年 月 日)		
	ふりがな			
	③氏名	(生年月日: 年 月 日)		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 京丹波町		
医療保険加入状況	被保険者氏名			2. 喪失 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 医療保険加入者資格の喪失 <input type="checkbox"/> 制度移行 () <input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生年月日 年 月 日
	受給者との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> ()		
	記号・番号			
	保険者名	(保険者番号:)		
対象者(保護者)	ふりがな			上記の事由発生年月日 年 月 日
	氏名	(生年月日: 年 月 日)		
	受給者との続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> ()		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 京丹波町		

上記のとおり、関係書類を添えて届け出ます。

年 月 日

申請者住所

申請者氏名

電話番号

京丹波町長 様