

京丹波町高校生等医療費登録事項変更（喪失）届書

		変 更 ・ 喪 失	変 更 前	事 由
高 校 生 等	フリガナ			1. 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 保護者の変更 <input type="checkbox"/> 医療保険加入状況の変更 <small>※健康保険証の写しを添付してください</small> <input type="checkbox"/> 振込口座の変更 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日		
	居住地			
保 護 者	フリガナ			上記の事由発生年月日 年 月 日
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日		
	続 柄			
医 療 保 険 の 加 入 状 況	(被保険者・組合員又は世帯主の住所)			2. 喪失 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 婚姻 <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
	(被保険者証又は組合員証の記号・番号)			
	(被保険者・組合員又は世帯主との続柄)			
	(保険者の名称)			
振 込 先 口 座	金融機関名		預金種別	年 月 日
	銀行 農協 信金 その他 ()	本店 支店	普通・当座	
	口 座 番 号	フリガナ		
	口 座 名 義 人			

上記のとおり届出いたします。

年 月 日
京丹波町長 様

(届出者)
住 所

保護者名