様式第7号（第8条関係）

こども医療費受給資格内容等変更（喪失）届

受給者番号				
受給資格者	氏名	受給対象児	氏名	
	住　　所 電話番号		生年月日	年　　月　　日
			住所	

※　該当する箇所を記入してください。

受給資格者新住所					氏変更	→		
受給対象児新住所					氏変更	→		
加入医療保険	保険記号番号	記号　　番号						
	被保険者氏名							
	保険者の名称							
	保険者番号							
振込先	金融機関名		本店・支店・出張所名		店番			
	預貯金種目	普通・当座	口座番号					
	口座名義人	（カタカナ）		受給資格者との続柄				
変更内容		保　険・転　居・振込口座・その他（　　）						
変更年月日		年　　月　　日						
喪失内容		転　出・死　亡・移　行・資格者変更・その他（　　）						
喪失年月日		年　　月　　日						

上記のとおり　　変更・資格喪失したので、お届けします。

年　　月　　日

ふじみ野市長　　宛て　　届出人　住所
ふじみ野市会計管理者　宛て　　（申請者）

氏名
電話番号　　（　　）
（受給対象児との続柄　　）