

様式第7号（第9条関係）

子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	氏名	年 月 日
	住所	住所	
	電話番号	個人番号	

※ 該当する箇所を記入してください。

記

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、届け出ます。また、市長がふじみ野市子ども医療費の支給に関する条例施行規則に基づく交付申請及び支給の事務を行うため、必要な範囲で公簿の確認及び個人番号に基づく情報の取得を行うことに同意します。

年 月 日  
 ふじみ野市長 宛て 届出人 住所  
 (申請者) 氏名  
 電話番号 ( )  
 (受給対象児との続柄 )