

記入例（保険証が変わった場合）

様式第7号（第10条関係）

| 子ども医療費受給資格内容等変更(消滅)届                                 |                     |               |      |            |
|--|---------------------|---------------|------|------------|
| 受給資格者  | 資格証番号               | 20000000      |      |            |
|  | 氏名                  | 吉川 太郎         |      |            |
| 子ども  | 氏名                  | 吉川 一郎         | 生年月日 | ○年 ○月 ○日   |
|  | 内容                  | 変更後           |      |            |
| 受給資格者の氏名   |                     |               |      |            |
| 子ども  | 氏名                  |               |      |            |
|  | 住所                  |               |      |            |
| 加入保険   | 世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名 | 吉川 太郎         |      |            |
|  | 記号                  | 00000000      | 番号   | 00         |
|  | 保険者名<br>(保険組合等の名称)  | 全国健康保険協会 埼玉支部 |      |            |
| 振込先  | 金融機関名               |               |      |            |
|  | 支店名                 |               |      |            |
|  | 口座番号                |               |      |            |
|  | フリガナ                |               |      |            |
|  | 口座名義人               |               |      |            |
| 変更年月日  |                     | ○年 ○月 ○日      |      |            |
| 消滅理由   | 転出・その他( )           |               |      |            |
|  | 消滅事由発生日             | 年 月 日         |      |            |
| 上記のとおり変更・消滅が生じたので受給資格証を添えて(加入保険・振込先の変更の場合を除く)お届けします。 |                     |               |      |            |
| ○年 ○月 ○日   |                     |               |      |            |
|  |                     | 届出人           | 住所   | 吉川市きよみ野1-1 |
|  |                     |               | 氏名   | 吉川 太郎      |
| (宛先)吉川市長   |                     |               |      |            |