

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			
	氏名			
子ども	氏名	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			
	記号	番号		
	保険者名 (保険組合等の名称)			
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	
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">届出人 住所 氏名</p> <p>(宛先)吉川市長</p>				