

子ども医療費（乳幼児、児童・生徒）受給資格内容等変更届

平成 年 月 日

志木市長 様

住 所  
届出人 氏 名  
電話番号 ( )

次のとおり、内容に変更が生じたので受給資格証を添えて届出します。

対象者番号			
対象者氏名		生年月日	年 月 日
変更年月日		年 月 日	
内 容	区 分	新	旧
	対 象 者 氏 名		
住 所			
加 入 医 療 保 険	加入者氏名		
	記号・番号		
	保険者の名称	電話番号 ( )	電話番号 ( )
	所 在 地		
振 込 先	金 融 機 関	銀 行 信用金庫 農 協	銀 行 信用金庫 農 協
	本・支店名		
	口 座 番 号		
	フリガナ 名義人氏名		
消 滅 の 理 由	1 他市（町村）に転出	転出先 ( )	
	2 生活保護法による保護		
	3 他の医療費支給の対象	( )	
	4 死亡		
	5 その他	( )	