

様式第5号（第9条関係）

子ども医療費受給資格内容等変更（消滅）届		
受給者番号		
子どもの氏名		
受給資格者氏名		
内容		区分
		新
		旧
受給資格者	住所	
	電話番号	
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	
	保険者番号	
	所在地	
振込先	金融機関	
	支店名	
	口座番号	
	フリガナ 口座名義人	
消滅事由		
変更(消滅)年月日		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お届けします。</p> <p>年 月 日 届出人 住所 氏名</p> <p>久喜市長 あて</p>		

受給資格証 回収 未回収