

様式第6号(第10条関係)

こども医療費受給資格内容変更(消滅)届		
受給資格者	資 格 証 記 号 番 号	
	氏 名	
	住 所	
こども	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	同上
内 容	区 分	新 旧
氏 名		
住 所		
加 入 保 険	記 号 ・ 番 号	
	被 保 険 者	
	保 険 者 名	
	所 在 地 電 話	
そ の 他		
変 更 年 月 日	年 月 日	
消滅理由		
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お届けします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">届出人 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号 ( ) (父・母)</p> <p>宮代町長 あて</p>		