

様式第 6 号(第 1 1 条関係)

こども医療費受給資格登録内容等変更(消滅)届				
受給資格者	資 格 証 号 記 号 番 号			
	氏 名			
	住 所			
こども	氏 名			
	生 年 月 日			
	住 所	同上		
区 分		新	旧	
内 容				
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				
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届け出ます。				
年 月 日				
届出人 住 所				
氏 名				
電話番号 () (父・母)				
宮代町長 あて				

※ジェネリック医薬品を希望する旨を受給資格証に記載してよいか はい ・ いいえ