五戸町子ども医療費受給資格変更（消滅）届

　　令和　　年　　月　　日

五戸町長　様

　　　　　　　　　　　　申請者　住所　五戸町

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　電話

医療費給付決定通知書

　下記のとおり受給者証を添えて届け出します。

記

１　変更届

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項 | 変更後 | 変更年月日等 |
| 子ども | （フリガナ）氏名 |  | 令和　　年　　月　　日 |
| 住所 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保護者 | （フリガナ）氏名 |  | 令和　　年　　月　　日対象となる子の氏名 |
| 住所（子どもと別居の場合） |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 加入医療保険 | 被保険者又は組合員氏名 |  | 認定年月日令和　　年　　月　　日対象となる子の氏名 |
| 種別 |  |
| 記号・番号 |  |
| 保険者名 |  |
| 所在地 |  |
| 振込先 | 金融機関名支店名 |  | 対象となる子の氏名 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人 |  |

２　消滅届

|  |  |
| --- | --- |
| 消滅事項 |  |
| 理由 |  |