

子ども医療費受給資格 変更届・再交付申請書・消滅届

令和 年 月 日

五所川原市長

住所 五所川原市

申請者氏名

TEL

下記のとおり届出（申請）をします。

記

1 変更（住所・氏名・加入保険・保護者）

| 区 | 分 | 新 | 旧 | 変 更 年 月 日 |
|----------|----------------|-------------|---------|-----------|
| 対象 児童 | 住 所 | 五所川原市 | 五所川原市 | R . . |
| | 氏 名 (宛名コード) | () | | R . . |
| | 加入 保険 | 区 分 記号番号 | 社保 ・ 国保 | 社保 ・ 国保 |
| 保護者 | 住 所 | | | R . . |
| | 氏 名 | | | R . . |

2 再交付申請

| | |
|----------------------------|---------------|
| 再 交 付 理 由 | 紛失・損傷・その他 () |
| 対 象 児 童 名 (宛 名 コ ー ド) | () () () |

3 消滅

| | |
|----------------------------|----------------------|
| 消 滅 理 由 | 転出・ひとり親医療費該当・その他 () |
| 消 滅 日 | R . . |
| 対 象 児 童 名 (宛 名 コ ー ド) | () () () |

| | | | | |
|-----------------------|------|----|------|---------------------|
| 職 員 記 入 欄 | 窓口受付 | 入力 | 入力確認 | 窓口交付 ・ 郵送 |
| | | | | 【 受給資格証 】 回収済 ・ 未回収 |