

第8号様式(第14条関係)

小児医療費助成資格変更・喪失届出書

年 月 日

(宛先)
秦野市長

住 所
氏 名

次のとおり、小児医療費助成資格取得申請書の申請事項に変更がありました(受給資格が喪失しました)ので届け出ます。

| | | | | | | | | |
|-----------------------|-------|---|-------------------------|--|-------------|--|--|--|
| 医療証 番 号 | 受給者番号 | | | | | | | |
| 変 更 の 場 合 | 変更理由 | 1申請者 2氏名 3住所 4加入保険 5その他 | | | | | | |
| | 申請者 | 新 | | | | | | |
| | | 旧 | | | | | | |
| | 対象児 | 新 | | | | | | |
| | | 旧 | | | | | | |
| | 住 所 | 新 | | | | | | |
| | | 旧 | | | | | | |
| | 加入保険 | 種 類 | 1国保 2組合 3協会 4日雇 5船員 6共済 | | | | | |
| | | 被保険者名 | (対象児との続柄) | | | | | |
| | | 記号番号 | — | | | | | |
| 保険者番号 | | | | | | | | |
| 名 称 | | | | | | | | |
| 所 在 地 | | | | | | | | |
| その他の事項 | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | 年 月 日 | | | | | | |
| 消 滅 の 場 合 | 消滅理由 | 1 他の市町村に転出 2 死亡 3 生活保護受給 4 ひとり親家庭等医療助成対象 | | | | 5 重度障害者医療助成対象 6 その他の医療助成対象 7 その他 | | |
| | 転出先 | (電話 — —) | | | | | | |
| | 異動年月日 | 年 月 日 | | | 消滅年月日 年 月 日 | | | |