

第8号様式(第13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
電 話

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 枝 番	—							
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						5 重度障害者医療助成対象		
		2 死亡						6 その他の医療助成対象		
	3 生活保護受給						7 その他			
	4 ひとり親家庭等医療助成対象									
	転 出 先									
	異 動 年 月 日	年 月 日			消滅年月日		年 月 日			