

第8号様式(第12条関係)

こども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、こども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									
場 合	転 出 先								
	異動年月日		年 月 日		消滅年月日		年 月 日		

つなぎ先： 児童手当 ・ 相談員