

様式第2号（第11条関係）

太子町子ども医療費受給資格変更・喪失届

年 月 日

太子町長 様

申請者 住 所 .....  
 (保護者) 氏 名 .....  
 受給者との続柄 .....  
 電話番号 .....

次のとおり（変更・喪失）しましたのでお届けします。

受 給 者 番 号								
届 出 事 由		変 更 後			変 更 前			
変	受給者	住 所						
		氏 名						
更	保護者	住 所						
		氏 名						
事 由	加 入	保 険 者 の 名 称						
		保 険 者 の 住 所						
	医 療	記 号 番 号						
	保 険	附 加 給 付	有 ・ 無			有 ・ 無		
	保 険	被 保 険 者 の 氏 名						
		被 保 険 者 の 住 所						
	そ の 他							
変 更 該 当 年 月 日		年 月 日						
喪 失 事 由	1 死亡                      2 転出                      3 医療保険脱退    4 生活保護の開始 5 年齢到達                6 他公費移行    7 その他 (                      )							
	喪 失 該 当 年 月 日		年 月 日					

町 処 理 欄		証 回 収		受 付	
		処 理 者			