|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 様式第６号（第１０条関係）  | 資格証　　 | 令和　　年　　月　　日　交付・送付 |
| 子ども医療費受給資格内容等変更（喪失）届　　　　年　　　月　　　日和光市長　様子ども医療費の(受給資格内容等の変更・受給資格の喪失）について届け出ます。申請者氏名(受給資格者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 受給資格証番号 |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 |
| 子ども氏名 |  | 平成・令和　　　年　　月　　日生 |
| 受給資格証番号 |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 |
| 子ども氏名 |  | 平成・令和　　　年　　月　　日生 |
| 以下の変更箇所（変更・喪失）のみご記入ください。 |
| １　保護者氏名変更 | （変更日:平成・令和　　年　　月　　日） |
| ２　子ども氏名変更 | （変更日:平成・令和　　年　　月　　日） |
| ３　住所変更 | 和光市　　　　　　　　　　　　　（変更日:平成・令和　　年　　月　　日） |
| ４　在留期間の延長 | 該当者氏名　　　　　　　　　　　（変更日:平成・令和　　年　　月　　日） |
| 備考　１　上記１～４の場合は新しい資格証が発行されます。旧資格証は返却ください。２　上記１保護者氏名変更により口座名義が変わる場合は、下記６振込口座変更も記入してください。 |
| ５　加入健康保険変更 | 記号 |  | 番号 |  | 保険者番　号 |  |
| 保険者名称 | 　　　　　　　　　　 | 国民健康保険・国民健康保険組合・共済組合健康保険組合・全国健康保険協会　　　　　支部 |
| 資格取得日 | 平成・令和　　　年　　　月　　　日　(父・母・　　　) |
| 備考　上記健康保険の変更の場合は、子どもの新しい保険証の写しを添付してください。 |
| ６　振込口座変 更 | 金融機関名 |  | 銀行・信金信組・農協 | 　　　　　 | 支店 |
| 口　　　座 | 支店番号 |  |  |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| ゆうちょ（記号―番号） |  |  |  |  |  | ― |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人（カタカナ） |  |
| 備考　上記振込口座は受給資格者の口座に限ります。 |
| ７　喪 失 | (１)　転出 | 平成・令和　　　年　　　月　　　日 |
| (２)　保護者変更 | 平成・令和　　　年　　　月　　　日 |
| (３)　他制度移行 | 平成・令和　　　年　　　月　　　日（重度・生保・ひ医） |
| (４)　その他 | 平成・令和　　　年　　　月　　　日 |