

受付	交付	送付
	年	月 日

子ども医療費受給資格内容等変更（喪失）届

1	受給資格証番号										
	子ども氏名							生年月日	年	月	日
2	受給資格証番号										
	子ども氏名							生年月日	年	月	日

1 振込口座変更

金融機関名	銀行		
支店名	支店（支店番号）		
口座番号	普通		
口座名義人（カタカナ）			

2 住所変更

新住所

3 保険証 記号番号・名称等変更

記号		番号	
保険組合番号			
保険組合名称			
変更日	年	月	日

4 保護者名変更

5 喪失

事由	1 転出（年 月 日）
	2 その他（ ）

上記のとおり 変更（喪失）が生じたのでお届けします。

年 月 日

届出人 氏名

和光市長 様