

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