

様式第7号（第9条関係）

子ども医療費助成金受給資格登録事項変更（受給資格喪失）届

（宛先）鶴ヶ島市長

登録事項変更・受給資格喪失のため、受給資格者証を添えて届け出ます。

年 月 日

届出人 （受給資格者）	住 所	
	ふ り が な	
	氏 名	
	受給資格者番号	
子 ど も	住 所	<input type="checkbox"/> 届出人と同じ <input type="checkbox"/> その他（鶴ヶ島市）
	ふ り が な	
	氏 名	

変 更 の 場 合	変 更 事 項	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 振込先口座 <input type="checkbox"/> 加入医療保険 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	変 更 年 月 日	年 月 日		
	振 込 先 口 座	金 融 機 関 名	銀 行 信用金庫 農 協 支店	
		口 座 番 号	普通・当座	
		名 義 人 氏 名 （カタカナ）		
	加 入 医 療 保 険	名 称		
		保 険 者 番 号		
		記 号 ・ 番 号		
被 保 険 者 氏 名				

喪失の場合	喪失事由	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 保護者変更 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	喪失年月日	年 月 日

証回収日 年 月 日