

川越市子ども医療費受給資格喪失・登録事項変更届

年 月 日

(提出先)  
川越市長

川越市子ども医療費支給に関する条例第7条の規定により、次のとおり届け出ます。

届出者	住所	電話番号										
	フリガナ											
	氏名											
	個人番号											
対象となる子ども	住所	※申請者と住所が異なる場合、ご記入ください。										
	受給者番号											
	フリガナ								生	年	月	日
	氏名								年	月	日	
	個人番号											
喪失事項	喪失事由											
	喪失年月日				年	月	日					
変更事項	加入医療保険	変更年月日				年	月	日				
		名称	健康保険組合・共済組合・国民健康保険・国民健康保険組合 全国健康保険協会 支部									
	保険者番号											
	被保険者記号・番号	記号	番号									
	世帯主・被保険者・組合員・加入者	フリガナ										
		氏名										
	振込先口座	金融機関の名称	銀行・農協・信用金庫					支店等の名称	本店・支店・出張所 ※ゆうちょ銀行の場合は数字			
口座種別		普通・当座					口座番号					
フリガナ												
口座名義人												

☆加入医療保険情報について、個人番号を利用し、確認する場合があります。

※子ども政策課記入欄※

登録年月日 年 月 日

登録者 \_\_\_\_\_

確認者 \_\_\_\_\_