

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 | 川越市 | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | |
| 対象となる子ども | 住所 | ※申請者と住所が異なる場合、御記入ください 川越市 | | | | | | | | | | | |
| | 受給者番号 | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | 生年月日 | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | 年 月 日 | | | | |
| 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・国民健康保険組合 全国健康保険協会 支部 | | | | | | | | | | |
| | | 保険者番号 | | | | | | | | | | | |
| | | 被保険者番号 記号・番号 | . | | | | | | | | | | |
| | 振込先口座 | 金融機関の称 | フリガナ | | | | | | | | | | |
| | | | 氏名 | | | | | | | | | | |
| | | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| | 振込先口座 | 金融機関の称 | 銀行 農協 信用金庫 | 支店等の称 | | 本店 支店 出張所 ※ゆうちょ銀行の場合は数字です | | | | | | | |
| 口座種別 | | 普通・当座 | | 口座番号 | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | | | | | | |

※職員記入欄※

【子ども政策課記入欄】

登録年月日 年 月 日