

こども医療費受給資格内容等変更(消滅)届	
深谷市長 宛て <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block; margin-top: 10px;"> 窓口にお越しになる方の住所、氏名、電話番号をお願いいたします。 </div>	年 月 日届出 届出人 住所 氏名 電話番号
登録事項(氏名・住所・加入医療保険・振込口座)に変更が生じたので、届けます。	
<input checked="" type="checkbox"/> 受給資格が消滅したので、こども医療費受給資格証を添えて届けます。	
受給資格者	氏 名 深谷 太郎
	住 所 深谷市仲町11-1
	電 話 番 号 571-1211
対象のこども	受給者番号 3000000
	氏 名 深谷 花子
	住 所 同上
対象のこども	受給者番号
	氏 名
	住 所
対象のこども	受給者番号
	氏 名
	住 所
対象のこどもの加入医療保険に変更が生じたときは、変更後の保険証を持参してください。 振込口座に変更が生じたときは、変更後の通帳(受給資格者名義のもの)を持参してください。	
変 更 年 月 日 年 月 日	
消滅理由 死亡・ 転出 生計中心者の変更・その他()	
消滅事由発生日 平成 年 月 日	

様式第6号(第9条関係)

こども医療費受給資格内容等変更(消滅)届		
深谷市長	宛て	年 月 日届出
届出人 住所 氏名 電話番号		
登録事項(氏名・住所・加入医療保険・振込口座)に変更が生じたので、届けます。		
受給資格が消滅したので、こども医療費受給資格証を添えて届けます。		
受給資格者	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	
対象のこども	受給者番号	
	氏 名	
	住 所	
対象のこども	受給者番号	
	氏 名	
	住 所	
対象のこども	受給者番号	
	氏 名	
	住 所	
対象のこどもの加入医療保険に変更が生じたときは、変更後の保険証を持参してください。 振込口座に変更が生じたときは、変更後の通帳(受給資格者名義のもの)を持参してください。		
変 更 年 月 日	年 月 日	
消滅理由 死亡・転出・生計中心者の変更・その他()		
消滅事由発生日 年 月 日		