

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						
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> 受給者の方の住所、氏名、電話番号をお願いいたします。 ※必ず受給者本人の方がご記入ください。 </div>	届出人 住所 氏名 電話番号						
<input type="checkbox"/> 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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">氏名</td> <td>深谷 太郎</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>深谷市仲町11-1</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td>571-1211</td> </tr> </table>	氏名	深谷 太郎	住所	深谷市仲町11-1	電話番号	571-1211
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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">受給者番号</td> <td>3000000</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>深谷 花子</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>同上</td> </tr> </table>	受給者番号	3000000	氏名	深谷 花子	住所	同上
受給者番号	3000000						
氏名	深谷 花子						
住所	同上						
対象のこども	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">受給者番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> </tr> </table>	受給者番号		氏名		住所	
受給者番号							
氏名							
住所							
対象のこども	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">受給者番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> </tr> </table>	受給者番号		氏名		住所	
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	平成〇〇年〇〇月〇〇日						
消滅理由 死亡 転出 ・生計中心者の変更・その他（ ）	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;"> 該当する事項に○をつけてください。 </div>						
消滅事由発生日	平成〇〇年〇〇月〇〇日						

転出日など消滅事由発生日のご記入をお願いいたします。

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
<input type="checkbox"/> 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 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
	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	