

様式第6号（第10条関係）

こども医療費受給資格登録内容等変更（消滅）届		
深谷市長 宛て		年 月 日
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、届け出ます。なお、変更事項について公簿による確認及び個人番号に基づく情報の取得を行うことに同意します。 ☐ 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出ます。		
受給資格者	氏 名	
	住 所	☐ 届出人と同じ
	電 話 番 号	☐ 届出人と同じ
対象のこども	受給者番号	
	氏 名	
	住 所	☐ 届出人と同じ
対象のこども	受給者番号	
	氏 名	
	住 所	☐ 届出人と同じ
対象のこども	受給者番号	
	氏 名	
	住 所	☐ 届出人と同じ
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）の写しを添付してください。		
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		

※保険変更時、確認書類に被保険者の記載がない場合は、聴き取りで被保険者を記入してください。

被保険者 父・母・その他（ ） 名前（ ）