

様式第 6 号(第 13 条関係)

沖縄市こども医療費助成受給資格等変更・喪失届

年 月 日

申 請 者 住 所
氏 名
電 話 番 号

次のとおり変更・喪失しましたので届出します。

こども氏名		受給資格者証番号																					
生年月日		個人番号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				

		新				
変 更 の 内 容	口 座 内 容	フリガナ				
		口座名義人				
		金融機関名	銀行	本店		
			金庫	支店		
			農協	出張所		
		預金種別	普通			
		口座番号				
	加 入 医 療 保 険	資格取得年月日				
		被保険者氏名				
		記号・番号	記号	番号		
保険者名称						
喪 失	理由	1. 生活保護開始 2. 施設入所 3. その他 ()				
	喪失日	年 月 日				
備 考						