

記入例

沖縄市子ども医療費助成受給資格等変更・喪失届

令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者住所	沖縄市仲宗根町 26 番 1 号
氏名	沖縄 太郎
電話番号	090-1234-xxxx

次のとおり変更・喪失しましたので届出します。

子ども氏名	沖縄 一郎	受給資格者証番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
生年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	個人番号	

対象のお子様の情報をご記入ください

※変更のない項目の記入は不要です

変更後の内容をご記入ください

変更の内容	フリガナ	オキナワ ハナコ	
	口座名義人	沖縄 花子	
	金融機関名	△△ 銀行 △△ 本店	△△ 支店
		△△ 金庫 △△ 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	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
	被保険者氏名	沖縄 花子	
	記号・番号	記号 △△△	番号 △△△
	保険者名称	△△保険協会△△支部	
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			