

様式第 6 号(第 13 条関係)

沖縄市子ども医療費助成受給資格等変更・喪失届

年 月 日

助成対象者 住 所
 (保護者) 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。

子ども氏名		受給資格者証番号	
生年月日			

		新		旧	
変更の内容	こども	氏名			
		住所			
	助成対象者氏名				
	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	種類	政・船・組・共・国・協・他 ()		
		被保険者氏名			
記号・番号		記号	番号	記号	番号
保険者名称					
喪失	理由	1. 転出 2. 生活保護開始 3. 死亡 4. その他 ()			
	喪失日	年 月 日			
備考					電算入力
					済・未