

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

令和〇〇年〇〇月〇〇日

助成対象者	住所	沖縄市仲宗根町 26 番 1 号
(保護者)	氏名	沖縄 太郎 印
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	沖縄 一郎	受給資格者証番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇
生年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		

対象のお子様の情報をご記入下さい。

		新	旧	
変更の内容	子ども	氏名		
		住所	変更後の口座の内容をご記入下さい。	
	助成対象者氏名		変更前の口座の内容をご記入下さい。	
	口座内容	フリガナ	オキナワ ハナコ	オキナワ タロウ
		口座名義人	沖縄 花子	沖縄 太郎
		金融機関名	△△ 銀行 本店 金庫 △△ 支店 農協 出張所	〇〇 銀行 本店 金庫 〇〇 支店 農協 出張所
		預金種別	普通	普通
		口座番号	9999999	0123456
	加入医療保険	種類	政・船・組・共・国・協・他 ( )	政・船・組・共・国・協・他 ( )
		被保険者氏名	沖縄 花子	沖縄 太郎
記号・番号		記号 番号 〇〇〇 〇〇〇〇〇〇	記号 番号 〇〇〇 〇〇〇〇〇〇	
保険者名称		〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	
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		変更後の保険証の内容をご記入下さい。	変更前の保険証の内容をご記入下さい。	
		電算入力		