

様式第7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 必ず押印して下さい

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		

対象のお子様の情報をご記入下さい。

		新	旧	
変更の内容	いじり	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 済・未		