

太枠の中を記入してください。

受付日  
年 月 日

**子ども医療費助成金受給資格者登録事項 変更・喪失 届**

年 月 日

三島村長 殿

申請者 住所  
氏名 印 電話番号 - -

※署名(自筆)の場合は押印不要

下記のとおり、三島村子ども医療費助成金受給資格を 変更・喪失 しましたのでお届けします。  
 なお、受給資格の認定や助成額の決定に関して、私及び私の世帯員の地方税関係情報を取得・確認することに同意します。  
 また、子ども医療費助成金の支給を受けるために必要な下記の子どもの受診に関する情報を保険医療機関等が審査支払機関を通じて村に送付することに同意します。

子 ど も	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	受給資格者番号			

変 更 後

変 更 前

変 更 事 由	受給資格者				
	子どもの氏名 子どもの住所				
	加入医療保険	保 険 者 名		保 険 者 名	
		記 号 番 号		記 号 番 号	
		被保険者氏名		被保険者氏名	
		資格取得年月日	年 月 日	資格取得年月日	年 月 日
	振込先口座	金融機関名	銀行・信金・信組・労金・農協		銀行・信金・信組・労金・農協
		支店名	本店・( )支店・その他		本店・( )支店・その他
		種別	普通		普通
		口座番号			
フリガナ					
口座名義人					
そ の 他					

喪 失 事 由	転 出 ( 県 内 ・ 県 外 )		転出予定日	年 月 日
	死 亡	重度心身障害者等医療費 受給資格取得	事由発生日	年 月 日
	ひとり親家庭等医療費 受給資格取得	施 設 入 所		
	生活保護開始	そ の 他 ( )		

※ この届書には、必ず受給資格者証を添えること。  
 ※ 加入医療保険を変更した場合は、必ず医療保険各法に基づく被保険者証又は組合員証を提示してください。