

課長	係長	合 議	係

台帳	電算

子ども医療費受給資格 認定・再交付 申請書  
 変更・喪失 届

七飯町長 様

年 月 日

住所  
 保護者等 氏名  
 電話番号

下記のとおり関係書類を添えて 申請 届出 します。

対 象 者	受給者番号				事 由
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	保護者との 続柄				
	個人番号				
	認定・再交付・変更・喪失		変 更 前		
住 所					
保 護 者	フリガナ				<input type="checkbox"/> 再交付 1 紛失 2 その他 交付年月日 ( )
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	年 月 日		
	個人番号				
加入医療保険	被保険者(世帯主)の氏名				<input type="checkbox"/> 変 更 1 転居 2 加入医療保険の変更 3 その他 変 更 年 月 日 ( )
	記 号 番 号				
	保険者の名称				
	保険者番号				
	保険の種類 協・組・日・船・共・国		協・組・日・船・共・国		
	附加給付の有無 有 ・ 無		有 ・ 無		
				<input type="checkbox"/> 喪失 1 転出 2 死亡 3 その他 資格喪失年月日 ( ) 受給者証回収年月日 ( )	