

様式第6号（第9条関係）

子ども医療費受給資格内容等変更（消滅）届

年 月 日

寄居町長 あて

受給資格者 住所 寄居町大字
氏名
電話

受給資格者	資格証番号			
	氏名			
	住所	寄居町大字		
対象の子ども	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	寄居町大字		
内 容	区 分	新		旧
	こどもの氏名			
	住 所	寄居町大字	寄居町大字	
加 入 保 険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者の氏名			
	記 号 番 号			
	保 険 者 名 (保険組合等の名称)	電話 ()	電話 ()	
	所 在 地			
	保 険 者 番 号			
振 込 先	金 融 機 関			
	支 店 名			
	口 座 番 号			
	フ リ ガ ナ			
	口 座 名 義 人			
変更（消滅）年月日		年 月 日		
変更（消滅）理由				
上記のとおり変更（消滅）したので受給資格証を添えてお届けします。				