

小児医療証の受給者番号を記入

小児医療費助成事業申請事項変更用

医療証 番号	負担者番号	8	1	1	4	0	5	2	7	
	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7		
変更 の 場 合	変更後の氏名 (変更前の氏名)	[() のため変更]								
	変更後の住所 (変更前の住所)	〒 () 電話 () - 寒川町 (寒川町)								
	変更 後 の 医 療 保 険	保険の種類								
		被保険者名					申請者との続き柄			
		保険証記号番号					保険者名			
		保険者の所在地								
		附加給付の有無								
その他の事項										
変更年月日	年 月 日									
消滅 の 場 合	消滅理由	1 他 の 市 町 村 に 転 出 (転 出 先 ()) 2 生 活 保 護 受 給 3 死 亡 4 そ の 他 (ひとり親家庭等医療費助成制度の対象となるため)								
	消滅年月日	年 月 日								
上記のとおり、小児医療費助成事業の <u>申請事項に変更がありました</u> 受給資格が消滅したため、 <u>申請事項に変更がありました</u> ので届け出ます。										
申請者の情報を記入					福祉医療証の資格取得年月日を記入					
(あて先) 寒川町長 住 所 寒川町 宮山 1 6 5 氏 名 寒川 一 郎 個人番号 1234 5678 9876 T E L (7 4) 1 1 1 1										