第８号様式（第１１条関係）

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届

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	

変更後の保険資格情報の内容を記入

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　　）			
	変更後の加入医療保険	保険の種類	組合　→　国保		
		被保険者名	寒川　一郎	申請者との続き柄	本人
		保険証記号番号	52　－　12148	保険者名	寒川町
		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	平成　２８年　１２月　　１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（　　）			
	消滅年月日	年　　月　　日			

上記のとおり、小児医療費助成事業の 申請事項に変更がありました／受給資格が消滅しました ので届け出ます。

年　　月　　日

（あて先）寒川町長

申請者の情報を記入

住　所　寒川町　宮山１６５

氏　名　寒　川　一　郎

個人番号　1234 5678 9876

ＴＥＬ　（　７４　）１１１１