

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 加入 の 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				ので届け出ます。			
申請者の情報を記入		受給資格が消滅しました				年 月 日			
(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							

変更後の保険証の内容を記入

申請者の情報を記入