

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)	〒253-0105 電話 (0467) 74 - 1111 寒川町 岡田 9 - 1 (寒川町 宮山 1 6 5)								
	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	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 <u>申請事項に変更がありました</u> ので届け出ます。 受給資格が消滅しました										
申請者の情報を記入 (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 (74) 1111										

転居の日を記入

申請者の情報を記入

年 月 日