

こども医療受給資格（変更・喪失）届

受給者番号			
受給者氏名		性別	生年月日
		男・女	年 月 日
異動事由	1. 転出 2. 死亡 3. 生保開始 4. 婚姻 5. 等級変更 6. その他()		
加入保険	保険種別	協・組・日・船・共・国・国組・自・特定・後期	
	保険者名		保険者番号
	記号		番号
	被保険者名		
	保険加入日	年	月
保護者			

変更・喪失年月日 年 月 日

和泉市長 あて

上記のとおり、医療証の受給資格について変更又は喪失の届出をします。

なお、届出に当たり、公簿等により所得等の確認をされることを承諾します。

年 月 日

届出者 住所

(保護者) 氏名 受給者との続柄()

(届出者が自署しない場合は、記名押印をしてください。)

電話番号 () —