別記第10号様式

こども医療費受給資格内容変更・資格喪失届

年　　月　　日

稚内市長　　様

申請者　住　所　稚内市
氏　名
対象者との続柄
電　話

こども医療費の助成の受給資格について、次のとおり（□登録内容に変更がありました・□資格を喪失しました）ので、届け出ます。

		変更・喪失前	変更後	事由
（ふりがな） こども氏名		男 女	男 女	1.変更 □ 氏名 □ 転居 □ 医療保険加入状況の変更 □ その他（　　） ・上記の事由発生年月日 年　月　日 2.喪失 □ 死亡 □ 転出 □ 加入保険加入者資格の喪失 □ その他（　　） ・上記の事由発生年月日 年　月　日
生年月日		年　月　日生		
（ふりがな） こども氏名		男 女	男 女	
生年月日		年　月　日生		
保護者氏名		受給者との続柄（　　）	受給者との続柄（　　）	
電話番号				
居住地		稚内市		
職業又勤務先				
医療保険の加入状況	被保険者	氏　名	受給者との続柄（　　）	
		住　所		
	保険種類	政・組・日・船・共・国	政・組・日・船・共・国	
	被保険者記号番号			
	附加給付	有　・　無	有　・　無	
	保険者の名称			
	所在地			

※事由発生年月日 年　月　日	※審査	□ 該　当	□ 非該当	理由

※受給者番号 北－14　－　－	※受給者番号 北－14　－　－

※印の欄は記入しないでください。

□ 課税	□ 非課税

課　長	主　査	担　当