

様式第6号(第8条関係)

重度心身障害児者医療費に関する資格内容変更・喪失届				
		変 更 後	変 更 前	事 由
受給資格者	ふりがな			変 更
	氏名			□氏名の変更
	個人番号			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	
	住 所			□町内の転居
	被保険者との続柄			□加入保険の変更
保 護 者	ふりがな			□その他()
	氏名			
	個人番号			喪 失
	生年月日	年 月 日	年 月 日	
	住 所			
受給資格者との続柄			□他市町村への転出	
加 入 医 療 保 険	被保険者氏名(世帯主)			□その他()
	被 保 険 者 住 所			
	被保険者証記号番号			事由発生年月日
	附 加 給 付 の 状 況			
	被保険者証発行機関名 (保険者番号)	()	()	
	発 行 機 関 所 在 地			
<p>上記のとおり、〔変更〕 / 〔喪失〕 しましたのでお届けします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 届出人 氏 名 (印)</p> <p>日高川町長 様</p>				

保護者欄は、受給資格者が20歳未満の場合記入すること。