

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			<input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 町内の転居 <input type="checkbox"/> 加入保険の変更 <input type="checkbox"/> その他()
	個人番号			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	
	住所			
被保険者との続柄				
保護者	ふりがな			<input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他市町村への転出 <input type="checkbox"/> その他()	
加入医療保険	被保険者氏名(世帯主)			<input type="checkbox"/> 他市町村への転出 <input type="checkbox"/> 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			
上記のとおり、 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 喪失 しましたのでお届けします。 令和 年 月 日 住所 届出人 氏名 日高川町長 様				

保護者欄は、受給資格者が20歳未満の場合記入すること。