様式第７号

子ども医療費受給資格内容等変更（喪失）届

（あて先）川　口　市　長

次のとおり、届け出ます。

年　　月　　日

受給者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 生年月日（　　年　　月　　日） 受給者番号

子ども氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 生年月日（　　年　　月　　日） 受給者番号

子ども氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 生年月日（　　年　　月　　日） 受給者番号

子ども氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 生年月日（　　年　　月　　日） 受給者番号

※以下の欄は、変更になる箇所だけ記入してください。

□住所

新住所　川口市 ＿＿＿＿＿＿＿＿

新電話番号 ＿＿＿＿ ― ＿＿＿＿ ― ＿＿＿＿

□氏名

受給者（保護者）新氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

子ども　新氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

□加入医療保険

別添のとおり。

（加入医療保険に変更があった子どもの健康保険情報がわかるものの写しを添付してください。）

□振込口座

※振込名義は、受給者本人の名義で、普通口座に限ります。

金融機関名	口座名義人（カタカナで記入）	
銀　行 信用金庫 農　協		
支店名	店番号	口座番号
本　店 支　店 出張所		

□　マイナンバー公金受取口座を利用します。　※利用する場合は、口座情報の記入は不要です

資格喪失理由	
	1．他市区町村（国外）に転出 2．受給者（保護者）の変更 なお、今後振込まれる医療費の受取は、＿＿＿＿＿＿＿＿へ委任します。 **※新規の受給資格登録申請書を添えて申請してください。** 3．生活保護・重度心身障害者医療費・ひとり親家庭等医療費受給 4．その他（　　）

資格喪失日	年　　月　　日	受給資格証回収	有　・　無

備考

【職員記入欄】

印字の資格証：（　要発行　・　不要　）※住所変更・氏名変更の場合に選択

喪失届記入者：（　受給者自筆　・　配偶者代筆　・　その他（　　）　）※その他の場合、受給者からの委任状必要

受付印