様式第６号（第１０条関係）

<table>
<tr><td colspan="10">こども医療費受給資格内容等変更（喪失）届</td></tr>
<tr><td rowspan="3">受給資格者</td><td colspan="2">受給者番号</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">氏名</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">住所</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="3">こどもの氏名</td><td></td><td colspan="2">こどもの生年月日</td><td colspan="4">年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="11">変更事項</td><td colspan="3">新</td><td colspan="6">旧</td></tr>
<tr><td colspan="2">住所</td><td></td><td colspan="2">住所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">氏名</td><td></td><td colspan="2">氏名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">加入保険</td><td>保険者番号</td><td></td><td rowspan="5">加入保険</td><td>保険者番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>記号番号</td><td></td><td>記号番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>名称</td><td></td><td>名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td></td><td>所在地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>被保険者</td><td></td><td>被保険者</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">重度心身障害者医療費受給資格</td><td colspan="8">□　有　　□　無</td></tr>
<tr><td colspan="2">変更年月日</td><td colspan="8">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="10">喪失理由　（　　）
喪失理由発生年月日　　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="10">上記のとおり変更（喪失）したので届け出ます。
年　月　日
坂戸市長　あて
届出人　住　所
氏　名</td></tr>
</table>

□ 入力済