

様式第6号（第10条関係）

子ども医療費受給資格証
(ピンクのハガキ位の大きさ)
にある番号、保護者の氏名
等を記入してください。

子ども医療費受給資格内容等変更（喪失）届						
受給資格者	受給者番号	2412345・2313456				
	氏名	坂戸 太郎				
	住所	坂戸市千代田1-1-1 坂千アパート201				
こどもの氏名		坂戸 桜太 坂戸 さくら	こどもの 生年月日	H17 年 3 月 4 日 H23 4 15		
変更事項	新		旧			
	住所		住所			
	氏名		氏名			
	加入保険	保険者番号		加入保険	保険者番号	
		記号番号			記号番号	
		名称			名称	
		所在地			所在地	
		被保険者			被保険者	
	重度心身障害者 医療費受給資格 変更年月日		月 日			
	喪失理由（ 転出の為 or 生活保護開始の為 or 受給資格者変更の為 等）					
喪失理由発生年月日 R0X 年 X 月 △ 日						
上記のとおり変更（喪失）したので届け出ます。 R0X 年 X 月 △ 日 坂戸市長 あて 届出人 住所 坂戸市千代田1-1-1 坂千アパート201 氏名 坂戸 太郎						

該当する喪失理由、喪失理由発生年月日（転出予定日・生活保護開始日等）を記入してください。

☐ 入力済