様式第8号(第11条関係)

小児医療費助成事業申請事項変更届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療証番号 | | 負担者番号 | | |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |
| 受給者番号 | | |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |
| 変更の場合 | 変更後の氏名  (変更前の氏名) | | | | | 〔　　　　　　のため変更〕  (　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | |
| 変更後の住所  (変更前の住所) | | | | | 〒　　　　　　　　　電話(　　　)　　　　-  (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | |
| 変更後の勤務先等 | | 職業 | | |  | | | | | | | | | | |
| 勤務先 | | |  | | | | | | | | | | |
| 勤務先の住所 | | |  | | | | | | | | | | |
| 変更後の加入医療保険 | | 保険の種類 | | |  | | | | | | | | | | |
| 被保険者名 | | |  | | | | 申請者との続き柄 | | |  | | | |
| 保険証記号番号 | | |  | | | | 保険者名 | | |  | | | |
| 保険者の所在地 | | |  | | | | | | | | | | |
| 附加給付の有無 | | |  | | | | | | | | | | |
| その他の事項 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 消滅の場合 | 消滅理由 | | | 1　他の市町村に転出  　 (転出先　　　　　　　　　　　　　　　)  2　生活保護受給  3　死亡  4　その他 | | | | | | | | | | | | |
| 消滅年月日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、小児医療費助成事業の | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請事項に変更がありました  受給資格が消滅しました | | | | | | | | | ので届け出ます。 | | | | | | | |
| 年　　月　　日  　　山北町長　　　　殿  住所  氏名　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | |