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 |