

様式第7号(第12条関係)

小田原市小児医療費助成受給資格喪失・申請事項変更届

受給者番号							
対象となる小児の氏名							
対象となる小児の生年月日		平成 年 月 日					
変更の場合	市内転居	変更後の住所					
		変更前の住所					
	氏名	変更前の氏名					
		変更の理由					
	加入医療保険	保険の種類					
		被保険者氏名		申請者との続柄			
		保険証記号番号	記号	番号	保険者番号		
		保険者名					
		保険者住所					
	その他の事項						
資格喪失の場合	1 転出 (転出先住所) 2 他制度を受給 (重度障害者医療 ・ ひとり親家庭等医療 ・ 生活保護) 3 死亡 4 その他 ()						
変更又は消滅の年月日		平成 年 月 日					
上記のとおり小児医療費助成の		申請事項に変更があった 受給資格がなくなった		ので届け出ます。			
小田原市長 様		届出者 住 所 小田原市		平成 年 月 日			
		氏 名		Ⓜ			
		電話番号					