

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・令和 年 月 日					
変更の場合	市内転居	変更後の住所	小田原市				
		変更前の住所	小田原市				
	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 (生活保護 ・ ひとり親家庭等医療 ・ 重度障害者医療 ) 3 死亡 4 その他 ( )						
変更又は消滅の年月日		平成・令和 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		令和 年 月 日 届出者 住所 小田原市 氏名 電話番号					