第８号様式

那覇市母子及び父子家庭等医療費助成金受給者変更(喪失)届

受給者番号						
変更の内容	受給資格者	新氏名				
		旧氏名				
		新住所 旧住所	住所変更は、ご来課の上お手続きをお願い致します。			
	振込先口座	金融機関	銀行・金庫 組合・農協	本店 支店		
		口座	支店番号		（普通）口座番号	
			カナ名義			
			□公金受取口座を利用します			
	加入医療保険	保険者	国保	全国健康保険協会 支部	健康保険組合 共済組合	
		被保険者氏名 (国保世帯主)			保護者との続柄	
		記号番号	記号		番号	
		保険取得日 (認定日)	年　月　日			
	その他		□児童追加　□児童資格喪失 □児童のみ保険変更　□（　　） 氏　名： 生年月日：　年　月　日 変更年月日：　年　月　日			
喪失の場合	喪失事由		喪失届は、ご来課の上お手続きをお願い致します。			
	喪失年月日		年　月　日			

上記のとおり、届出します。

年　月　日

那覇市長　様　　住　所

那覇市

保　護　者　　氏　名

電話番号

審査2	審査1	受付