

那覇市子ども医療費助成金受給資格等 変更・喪失届

年 月 日

那覇市長 宛

次のとおり変更・喪失しましたので届けます。

届出人 住所：  
(保護者)

氏名：  
(連絡先 ☎ )

受給者番号									氏名	
受給者番号									氏名	
受給者番号									氏名	

変更の内容	子ども	変更後の氏名									
		新住所									
	受給資格者	追加	フリガナ 氏名	生年月日		年 月 日					
			住所								
		削除	氏名	異動日：		年 月 日					
	口座番号	フリガナ	-----								
		名義人									
		振込先	銀行・金庫		本店						
	組合・農協		支店								
	加入医療保険	保険者名	国保	全国健康保険協会		健康保険組合 共済組合					
記号番号			記号		番号						
被保険者		お子さんとの続柄									
保険取得日 (認定日)		年 月 日									
喪失	理由	1. 転出 転出先 ( ) 2. 生活保護開始 3. 死亡 4. 重度心身障がい者医療費等助成該当 5. その他( )									
	喪失日	年 月 日		資格者証	回収済 ・ 未回収						
備考											

再審査	審査	受付