

様式第6号（9条関係）

子ども医療費受給資格内容等変更（消滅）届			
受給者番号			
子どもの氏名			
受給資格者氏名			
内容		区分	
		新	旧
子ども 受給資格者及び	氏名		
	住所		
	電話番号		
	個人番号		
加入保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名		
	記号・番号		
	保険者名		
	保険者番号		
振込先	金融機関		
	支店名		
	口座番号		
	口座名義人 (カタカナ)		
消滅事由			
変更（消滅）年月日		年	月 日
<p>上記のとおり 変更消滅が生じたので、受給資格証を添えて届け出ます。</p> <p>年 月 日 届出者 住所 久喜市</p> <p>氏名</p> <p>久喜市長 あて</p>			

受給資格証 回収 未回収