

第7号様式(第7条関係)

こども医療費助成金受給資格等変更・喪失届											
年 月 日											
北谷町長 様											
住所											
申請者											
(保護者)											
氏名 _____ 印 _____											
児童氏名						受給者番号					
生年月日			年 月 日								
			新				旧				
変更の内容	保護者	氏名									
		住所									
	口座内容	フリガナ									
		名義人									
		振込先									
		口座番号									
	加入医療保険	保険の種類									
		被保険者氏名									
		記号・番号		記号	番号	記号	番号				
保険者名称											
喪失	理由		1 転出(へ) 2 生保開始 3 死亡 4 その他								
	喪失日		年 月 日								
備考											