

様式第8号（第8条関係）

子ども医療費受給資格変更（喪失）届

年 月 日

千早赤阪村長 様

届出者	住 所		電 話	
	氏 名		対象者との続柄	

下記のとおり、変更（喪失）しましたのでお届けします。

項 目		変更（喪失）前	変更（喪失）後	
対象者関係	氏 名			
	個 人 番 号			
	住 所			
	受 給 者 番 号			
加入医療保険関係	保険者関係	名 称		
		所 在 地		
		附加給付	有 ・ 無	有 ・ 無
	被保険者関係	被保険者等 氏 名		
		被保険者等 住 所		
		記号・番号		
その他（ ）				
変更（喪失）事由				
変更（喪失）年月日		年 月 日		
処理欄	医療証回収年月日	供 覧	係	受 付
	年 月 日			