

様式第5号（第7条関係）

子ども医療証資格変更（喪失）届

令和 年 月 日

島本町長 様

届出者（保護者）住 所 島本町 _____

氏 名 _____

電 話 _____

対象者との続柄（ ）

次のとおり届出します。

対 象 者 (子ども)	氏名	生年月日	性別	受給者番号
		年 月 日	男・女	
		年 月 日	男・女	
		年 月 日	男・女	

区分		変更後		変更前	
変 更	対 象 者 (子ども)	氏 名			
		住 所	<input type="checkbox"/> 届出者住所欄と同じ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	保 護 者	氏 名			
		住 所	<input type="checkbox"/> 届出者住所欄と同じ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	医 療 保 険	種 別	1 国保 2 社保 3 共済	1 国保 2 社保 3 共済	
		名 称			
		記 号 番 号			
	被 保 険 者				
	そ の 他				
資 格 喪 失	喪 失 理 由	1 町外への転出 2 死亡 3 その他（ ）			
変 更（喪失）年月日		令和 年 月 日			

※処理欄（以下は、町で記入）

済・未・不要	医療証の書換え（町内転居等の場合）
済・未・不要	医療証の再発行（氏名変更等の場合）
済・未・不要	医療証の返却（資格喪失等の場合）
済・未・不要	システム入力（変更・消滅処理）