

大分市子ども医療費助成受給資格登録事項変更(資格喪失)届

年 月 日

大分市長 殿

住所
受給者
氏名

※受給者に変更があった場合は、変更後の受給者

- ・大分市子ども医療費助成受給資格の登録事項に変更がありましたので
 - ・大分市子ども医療費助成受給資格を有しなくなりましたので
- 次のおり届け出ます。

なお、大分市子ども医療費助成受給資格の登録及び助成額の決定に関して、市が私及び私の属する世帯の課税状況の調査並びに保険給付の支給状況等の確認をすることに同意します。

受給者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. 登録事項変更届欄

変更する事項に☑してください。なお、子どもの氏名変更の場合、受給資格者証を交付します。

☐ 受給者	住所	〒						
	フリガナ氏名					電話番号	- -	
						個人番号		

☐ 子ども	住所	〒								
	フリガナ氏名					生年月日	平成	年	月	日
	フリガナ変更前の氏名					個人番号				

☐ 振込口座	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協							
	支店名	本店・支店				預金種目	1. 普通 2. 当座		
	口座番号								
	口座名義人(カタカナ)								

☐ 加入医療保険	保険者名									
	保険者番号									
	保険種別	1. 協会 2. 健保 3. 日雇 4. 船員 5. 共済 6. 国保 7. 国保組合								
	被保険者住所(受給者と同一の場合は記入不要)	〒								
	フリガナ被保険者名					被保険者生年月日	昭和	年	月	日
						個人番号				
	記号番号	記号				番号				
	認定年月日	年 月 日								

2. 資格喪失欄

資格喪失の理由									
資格喪失事由発生年月日	年	月	日	受給資格者証返還の有無	有・無				