

川越市子ども医療費受給資格喪失・登録事項変更届

令和 〇 年 〇 月 〇 日

(提出先)
川越市長

川越市子ども医療費支給に関する条例第7条の規定により、次のとおり届け出ます。

届出者	住所	川越市元町1-3-1												
	フリガナ	電話番号 049-224-6278 カワゴエ タロウ												
	氏名	川越 太郎												
対象となる子ども	住所	※申請者と住所が異なる場合、御記入ください 申請者と住所が同じ場合には、記入は不要です												
	受給者番号	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7		
	フリガナ	カワゴエ トキモ						生年月日						
	氏名	川越 ときも						令和〇年〇月〇日						
喪失事項	喪失事由	喪失事由を記入ください												
	喪失年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日												
変更事項	加入医療保険	変更年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日											
		名称	川越市 <u>健康保険組合・共済組合・国民健康保険組合</u> 全国健康保険協会 支部											
		保険者番号			1	1	0	0	1	5				
		被保険者記号・番号	〇〇〇・〇〇〇											
	振込先口座	金融機関の称	フリガナ	カワゴエ タロウ										
			氏名	川越 太郎										
		口座種別	個人番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
金融機関の称	銀行 農協 信用金庫	△△△	支店等の称		▲▲ 本店 支店 出張所 ※ゆうちょ銀行の場合は数字です									
口座種別	普通	当座	口座番号		1	2	3	4	5	6	7			
フリガナ	カワゴエ タロウ													
口座名義人	川越 太郎													

※職員記入欄※

【子ども政策課記入欄】

登録年月日 年 月 日