

第9号様式(第10条関係)

戸田市子ども医療費受給資格内容等変更(消滅)届

受給資格者証番号			
対象子ども	フリガナ		性別
	氏名		生年月日
受給資格者	氏名		男・女
	住所	戸田市	年 月 日
		電話 ( )	

変 更 事 項	新			旧			
	氏名	対象子ども		氏名	対象子ども		
		受給資格者			受給資格者		
	住所			住所			
		電話 ( )					
	加入医療保険	記号	番号	記号	番号		
		名称	健保・国保・共済 全国健康保険協会		名称	健保・国保・共済 全国健康保険協会	
		保険者番号			保険者番号		
		変更年月日	年 月 日				
	<p>【加入医療保険を変更した場合】 対象子どもに関して、高額療養費等の決定に関する情報を保険者に照会・調査依頼することに同意します。また、現物給付等により戸田市が支給した医療費に法令その他の規程による高額療養費等が含まれていた場合は、当該高額療養費等の給付の申請及び受領に関することを戸田市長に委任します。</p>						
被保険者(世帯主)氏名			対象子どもとの続柄				

消滅理由	
消滅事由発生日	年 月 日

上記のとおり **変 更** が生じたので、受給資格者証を添えて届け出ます。  
**消 滅** 令和 年 月 日

(あて先)  
 戸 田 市 長

届 出 人 住 所 戸 田 市  
 氏 名