

※ 郵送で手続きされる方は、必ず対象乳幼児等の新しい保険証のコピー1部を同封してください。

第9号様式(第10条関係)

戸田市こども医療費受給資格内容等変更(消滅)届 記入例

受給資格者証番号		<b>5678912</b>					
対象こども	フリガナ	トダ イチロウ		性別	生年月日		
	氏名	戸田 一郎		男・女	平成 <b>24</b> 年 <b>3</b> 月 <b>3</b> 日		
受給資格者	氏名	戸田 太郎		電話 ( <b>441</b> ) <b>1800</b>			
	住所	戸田市 <b>上戸田1-18-1</b>					
変更事項	氏名	対象乳幼児等	新		対象乳幼児等	旧	
		受給資格者			受給資格者		
	住所			住所			
	加入医療保険	記号	番号	記号	番号		
	名称	戸田とだ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">健保・国保・共済</span> 全国健康保険協会		埼玉支部 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">健保・国保・共済</span> 全国健康保険協会			
	保険者番号	<b>06234567</b>		<b>01110014</b>			
変更年月日	令和 元 年 <b>5</b> 月 <b>1</b> 日						
【加入医療費対象こどもに物給付等に額療養費等の給付の申請及び受領に関する		新しい保険証内容をご記入ください。		前の保険証内容をご記入ください。不明の場合は、空欄でお願いします。		た、現当該高	
被保険者(世帯主)氏名		戸田 太郎		対象こどもの続柄		子	
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 元 年 <b>5</b> 月 <b>1</b> 日	
(あて先)							
戸 田 市 長		届 出 人 住 所		戸 田 市 <b>上戸田1-18-1</b>			
		氏 名		<b>戸田 太郎</b>			