

黒石市長 様

住 所
申請者 氏 名
電 話

⑨

黒石市子ども医療費受給資格変更(消滅)届

下記のとおり受給資格証を添えて届出します。

記

対 象 子 ど も	氏 名		生年月日	
	氏 名		生年月日	
	氏 名		生年月日	
	氏 名		生年月日	

1 変更届

区 分		変更内容		
住 所				
加 入 保 険	被 保 険 者			
	種 類		記号・番号	
	保 険 者			
振 込 口 座	金融機関名		支店名	
	預 金 種 目	普通・当座	口座番号	
	口座名義人	(フリガナ)		
変 更 年 月 日				

2 消滅届

消 滅 理 由	
消 滅 年 月 日	