

記載例

○年 △月 □日

黒石市長 様

住 所 黒石市大字市ノ町11-1
申請者 氏 名 黒石 康 ⑨
電 話 0172-12-3456

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	黒石 華子	生年月日	○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	黒石市大字市ノ町125			
加 入 保 険	被 保 険 者	黒石 康		
	種 類	社保 国保 共済	記号・番号	国保 012345 社保 123・45678
	保 険 者	黒石市 全国健康保険協会青森支部		
振 込 口 座	金融機関名	〇〇 銀行	支店名	△△ 支店
	預 金 種 目	普通・当座	口座番号	1234567
	口座名義人	(フリガナ) 黒石 康 クロイシ ヤスシ		
変 更 年 月 日	○年 △月 □日			

2 消滅届

消 滅 理 由	転出のため
消 滅 年 月 日	令和○年△月□日