

様式第8号（第9条関係）

小児医療費助成事業申請事項変更（消滅）届

医療証 番 号	負担者番号	8	1	1	4	0	6	3	4	
	受給者番号									
変 更 の 場 合	氏 名	変更前								
		変更後								
	住 所	変更前	〒 湯河原町				電話			
		変更後	〒 湯河原町				電話			
	変更後の加入医療保険	保 険 の 種 類	1 国保 2 他国保 3 協会 4 組合 5 日雇 6 共済 7 船員							
		被 保 険 者 氏 名					申請者との続柄			
		保 険 証 記 号 番 号					保 険 者 名			
		保 険 者 の 所 在 地								
		附 加 給 付 の 有 無								
	変 更 年 月 日		年 月 日							
消 滅 の 場 合	消 滅 の 理 由	1 他の市町村に転出 (転出先 電話)								
		2 生活保護受給 3 死亡 4 その他 ()								
消 滅 年 月 日		年 月 日								
<p>上記のとおり、小児医療費助成事業の申請事項を変更しましたので届け出ます。 受給資格が消滅</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>湯河原町長 様</p> <p style="text-align: right;">住所 氏名</p>										