

こども医療費受給資格等変更・喪失届				
受給資格者証番号	こども氏名	生年月日	備考	
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
変更事項	変更事由	1 住所 2 受給者 3 氏名 4 加入保険 5 金融機関 6 喪失（転出・その他）		
		新	旧	
	住所	郡山市		
	受給者（氏名）			
	個人番号 （市外・県外は必須）			
	加入 保 険	被保険者名		
		記号番号		
		保険者番号		
		保険者名		
	振込 希望 金融 機関	金融機関名 及びコード		
		支店名 及びコード		
		口座番号		
		口座名義(カナ)		
変更・喪失 年 月 日	年 月 日			
<p>上記のとおり変更が生じたので届け出ます。 なお、助成金の支給等のため、所得・課税状況を調査することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>郡山市長</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 電話番号 () (日中連絡先)</p>				

<p>窓口確認欄</p> <p><input type="checkbox"/> 保護者：こどもの保険証の写し・金融機関の記入・受給資格者証の回収</p> <p><input type="checkbox"/> 加入保険：こどもの保険証の写し</p> <p><input type="checkbox"/> 受給資格者証送付先（<input type="checkbox"/>保護者の住所 <input type="checkbox"/>こどもの住所）</p> <p><input type="checkbox"/> 喪失：受給資格者証の回収</p> <hr/> <p>窓口発行済み / 郵送済み / 未発行 ()</p>			
--	--	--	--