

乳幼児  
 おいらせ町 医療費 受給資格 変更（消滅）届  
 子ども

年 月 日

おいらせ町長 殿

住所 おいらせ町  
 申請者  
 氏名 印

※記名・押印に代えて署名することができます。

電話

※日中連絡がとれるところ

下記のとおり資格証を添えて届出します。

記

1 変更届

		新	旧	変更年月日	
保護者	住 所			年 月 日	
	氏 名			年 月 日	
	加 入	種 類			年 月 日
		記号番号			年 月 日
	保 険	保 険 者			年 月 日
		所 在 地			年 月 日
対象児	住 所			年 月 日	
	氏 名			年 月 日	

2 消滅届

消滅事項	受給資格
理 由	年 月 日、 のため。