

	課長	副課長	係長	担当者
決裁				

受付印

こども医療費受給資格喪失届

年 月 日

申請先 新座市長

受給者 住所 新座市 _____

氏名 _____

現在受給中のこども医療費について次のとおり受給資格が喪失しますので、届け出ます。

フリガナ こどもの氏名	学年	生年月日	喪失理由 (該当するものに○印をつける)
		年 月 日	転出 受給者変更 その他 ()
		年 月 日	転出 受給者変更 その他 ()
		年 月 日	転出 受給者変更 その他 ()
		年 月 日	転出 受給者変更 その他 ()
		年 月 日	転出 受給者変更 その他 ()
転出先住所 (〒 -)		転出後連絡の取れる電話番号 ()	
転出予定日	年 月 日		

担当課記入欄

※喪失資格証番号					※資格証返還
					済・未

返信用封筒

担当課記入欄

※転出の場合

新住所地 転入年月日	年 月 日	住記 確認
---------------	-------	----------

※受給者変更の場合

新受給者名		資格 発生日	年 月 日	児童手当	済・未・非該当
変更 事由	現受給者と別居 (転出 / 転居) 生計・監護無 保険変更 被保険者と同居				

※資格喪失日	年 月 日	喪失 ・ 職権喪失
--------	-------	-----------

受付者