

災害遺児医療費助成受給資格変更（喪失）届

年 月 日

長沼町長 様

住所
届出者
氏名 ⑩

災害遺児医療費受給資格認定申請の内容に変更がありましたので、次のとおり届出します。

受給資格者名	記号・番号	
1 住所	新	変更月日
	旧	
2 氏名	新	
	旧	
3 加入医療保険	新名称	
	旧名称	記号・番号 有・無 附加給付
	新世帯主・被保険者・組合員の氏名	
	旧世帯主・被保険者・組合員の氏名	
4 喪失	理由	
5 その他		

(注) 届出の場合は、受給資格証及び加入医療保険証を提示してください。

※ 下欄は、記入しないでください。

受給資格証 訂正	変更該当番号 1・2・3・4・5 変更年月日		
-------------	---------------------------	--	--