様式第5号（第6条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| こども医療費助成金受給資格変更・消滅届 | 受付印 |
| 受給者 | 受給者証番号 | 国 こ |
| 氏　　名個人番号 |  | 生年月日 | 　　　 　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住　　所 | 国頭村字 |
| こども | フ リ ガ ナ |  | 生年月日 | 　　　　　　 年　　　　月　　　　日 |
| 氏　　名個人番号 |  |
| 加入医療保険 | 世帯主・被保険者・組合員の氏名及び住所 | 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 保険証　記号・番号 | 記　　号 |  | 番　　号 |  |
| 保　険　者　名　称 | １．　国頭村　　　　　　２．　全国健康保険協会(　　　　)支部３．　その他　(　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 保　険　者　番　号 |  | 付加給付 | 　　　有　　・　　無 |
| 保 険 者 所 在 地 |  |
| 口座振込先 | 海邦銀行　　　　　琉球銀行　　　　　沖縄銀行沖縄県農業協同組合　　　(　　　　　　　)銀行 | 支店　　本店支所　出張所 | １　普　通２　当　座　　　　　　　　 |
| 口 座 番 号 |  | フリガナ　名　　義 |  |
| ゆうちょ銀行(記号・番号) |  |
| 消滅事由 |  |
|  |  | 　受給者氏名　・　個人番号 |  |  |  |  |
| □ | 上記のとおり | 保護者氏名　・　個人番号 | 　　　が平成　 | 年　　　月　　　日に変更しましたので |
|  |  | 　加入医療保険　・　住所 |  | 受給者証を添えて届け出します。 |
| □ | 上記のとおり、振込口座を変更願います。 |  |  |
| □ | 上記のとおり、受給資格が消滅したので受給者証を添えて届け出します。 |
|  | 平成　　　年　　　月　　　日 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 住　所　　国頭村字 |
|  |  |  |  | 氏　名 |  | 　　　　　　㊞ |
|  |  |  |  | 電　話 |  |  |
| 国 頭 村 長　　様 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 供覧 | 課長 | 補佐 | 係長 | 係 |
| 　　　　　　　　　　　 |  |  |  |