

令和 年 月 日

都城市長 宛て

住所 都城市

氏名

電話番号 () —

都城市子ども医療費受給資格証変更(喪失)届出書兼再交付申請書

次のとおり、都城市子ども医療費受給資格証の変更(喪失)を届け出ます。

助成対象者番号				助成対象者氏名			
住所変更	新	都城市					
	旧	都城市				変更年月日	令和 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 上記申請者に同じ					
氏名変更	新						
	旧					変更年月日	令和 年 月 日
再交付	理由					再交付年月日	令和 年 月 日
喪失	理由					喪失年月日	令和 年 月 日
口座変更		金融機関名	本・支店名	口座番号	口座名義人(カタカナ)		
	新						
	旧						
加入保険	保険種類	国・国組・協・健・共・日・船			保険者名番号		
	記号番号				資格取得日	令和 年 月 日	
	被保険者名				個人番号		

※ 入力 (/ 済) 資格証 (/ 手書き修正済 ・ / 手渡済 ・ / 郵送済)
(後日郵送)