

令和 年 月 日

都城市長 宛て

住所 都城市

氏名 ⑩

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					<input type="checkbox"/> 上記申請者に同じ	
	旧	都城市			変更年月日	令和 年 月 日		
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 )