

第11号様式(第11条関係)

平内町乳幼児医療費受給資格変更(消滅)届

平成 年 月 日

平内町長 逢坂 雄一 殿

(申請者) 郵便番号 ー

住 所 平内町大字 字

氏 名 ㊟

下記のとおり資格証を添えて届出します。

記

1 変更届

		新	旧	変更年月日	
対象者	住 所	平内町大字	平内町大字	H . .	
	氏 名			H . .	
	加入 保険	種 別	国 保 ・ 社 保	国 保 ・ 社 保	H . .
		記号番号	記号： 番号：	記号： 番号：	
		保 険 者			
所 在 地					
受給者	住 所	平内町大字	平内町大字	H . .	
	氏 名			H . .	

2 消滅届

消滅事項	年齢到達 ・ 転 出 ・ その他
理 由	※転出先、その他理由等 ・ 消滅年月日