

読谷村こども医療費助成金受給資格等変更・喪失届

読谷村長 様

年 月 日

届出人 住所
氏名
電話番号 — —

次のとおり変更・喪失しましたので届けます。

受給資格者 番号		フリガナ	
		対象児氏名	
		生年月日	年 月 日

変更内容	新	旧
フリガナ		
対象児氏名		
住所		

	口座内容 (新)		
フリガナ		口座 番号	
名義人			
口座振込先	銀行 組合	・ 金庫 ・ 農協	支店

	加入医療保険 (新)	
記号番号	記号	番号
保険者番号		

	資格喪失			
理由	1 転出	2 生活保護開始	3 死亡	4 その他
転出先				
喪失日	年 月 日			

備考	
----	--