様式第１１号（第９条関係）

むつ市子ども医療費受給資格変更・消滅届

（あて先）むつ市長

下記のとおり受給資格証を添えて届出します。

届出日		年　　月　　日		
子ども	受給資格番号			
	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	(新)氏名			
	(新)住所			
保護者（申請者）	フリガナ			
	(新)氏名			
連絡先電話番号		（子どもの 父 ・ 母 ・ 自宅 ・　　）		

1　変更届

			新	旧	変更年月日
子ども	フリガナ				
	氏名				
	住所				
	加入保険	保険者番号			
		保険者名称			
		記号・番号			
保護者	フリガナ				
	氏名				
	住所				

2　消滅届

消滅理由発生年月日	年　　月　　日
理由	ア　転出　　イ　生保受給　　ウ　死亡　　エ　他医療費制度受給 オ　その他（　　）