様式第５号（第７条関係）

子ども医療費受給資格消滅届

年　　月　　日

御船町長　様

申請者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（保護者）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおり、子ども医療費の受給資格が消滅しましたので届け出ます。

	氏　　名	生年月日	受給者番号
子ども		年　　月　　日	
		年　　月　　日	
		年　　月　　日	
受給資格の消滅理由	１　他市区町村へ転出（　　年　　月　　日転出） 転出先の住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ２　生活保護受給＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日開始 ３　その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （事由発生日　　年　　月　　日）		

※以下は記入しないでください。

住民票	健康保険の資格確認書等	旧受給者証回収	通知	入力	消滅　　年　　月　　日

課長	係長	係員

○子ども医療費受給資格消滅届について○

町外への転出等により、御船町での医療費の助成を受ける資格がなくなった場合の手続きです。

※資格消滅後は、受給者証を使えません。下記窓口へ返還願います。

なお、転出される場合には、早急に転入先で受給者証の交付申請をしてください。

○記入上の注意

受給者証に記載されている保護者の氏名で申請してください。

○この申請に必要なもの（郵送でも申請できます。）

・子ども医療費受給者証

○以下の場合、届出が必要です。

イ　変更届

なお、健康保険の資格確認書等の内容に変更がある場合は、新しい健康保険の資格確認書等またはその写し（郵送による申請の場合）も添付してください。

・町内で住所が変わったとき
・子どもの氏名が変わったとき
・子どもの加入保険が変わったとき
・保護者が変わったとき

ロ　再交付申請

・受給者証をなくしたり、破ったとき

問い合わせ　〒861 - 3296
御船町大字御船９９５－１
御船町こども未来課
電話　０９６－２８２－１３４６