

別記第3号様式（第3条関係）（表面）

石狩市子ども医療費（変更・喪失・再交付）届

令和 年 月 日

石狩市長 様

届出人(保護者)

住 所 石狩市

氏 名 _____

個人番号 _____

電話番号 _____ () _____

下記のとおり（変更・喪失・再交付）について届出します。
記

○太枠の中を記入してください。

受給者番号				
受給者氏名 (生年月日)	(平・令 年 月 日)	(平・令 年 月 日)	(平・令 年 月 日)	
個人番号				
変 更	変更事項	変更前	変更後	適用
	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 個人番号 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 保護者※ <input type="checkbox"/> その他 ()			変更年月日 令和 年 月 日 資格取得年月日 令和 年 月 日
喪失	理 由	1 転出 2 ひとり親・重度 3 生活保護 4 その他 ()	喪失 年月日	令和 年 月 日
再 交 付	1 紛失 2 破損 3 その他 ()			

(注) 1 ※印のある箇所を変更する場合は、裏面同意書に記入が必要です。

2 健康保険に係る変更事項は、種別、保険者名称・保険者番号、被保険者等記号・番号等及び被保険者（世帯主）氏名を記入願います。

証回収	令和 年 月 日	証発行	令和 年 月 日 (窓口・郵送 月 日発送)		
令和 年 月 日	決 裁	課 長	主 査	担 当	受付年月日
上記のとおり処理する。					