

弘前市子ども医療費受給資格変更（消滅）届

弘前市子ども医療費給付条例第8条の規定により下記のとおり届け出ます。

記

1 変更届

受給資格番号			

新				変更年月日
給付対象者 氏名				
加入 保険	種別		記号番号	
	被保険者		保険者番号	
その他				

2 消滅届

消滅年月日		理由	
-------	--	----	--

弘前市子ども医療費給付条例に基づく変更の届出の確認をするために限って、私及び私の世帯員の資格取得日以降における医療保険加入状況等について、情報を取得することに同意します。

令和 年 月 日

弘前市長 様

届出者住所 _____

届出者氏名 _____※

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

被保険者氏名 _____※

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

市処理欄： 訂正済

(担当及び提出先：健康子ども部子ども家庭課)