

様式第7号(第18条関係)

浦添市母子及び父子家庭等医療費助成変更(消滅)届

受給者証記号番号又は生年月日							
変更の場合	新氏名						
	旧氏名						
	新住所						
	旧住所						
	口座変更		金融機関名	支店名	口座番号	名義人	
		旧					
		新					
	新加入医療保険	被保険者氏名					
		記号番号	記号		番号		
		保険者名称					
取得年月日		年 月 日					
その他の事項							
変更年月日		年 月 日					
消滅理由	1 他市町村に転出 転出先( ) 2 生活保護受給 3 死亡 4 母子及び父子家庭等でなくなった 具体的理由( ) 5 その他( )						
	消滅年月日		年 月 日				
上記のとおり、浦添市母子及び父子家庭等医療費助成事業の						申請事項が変更 受給資格が消滅	した
ので届出します。 年 月 日 浦添市長 殿						電話番号 受給者氏名	