

様式第7号（第9条関係）

高校生医療費受給資格変更(消滅)届

年 月 日

東北町長 様

住所

申請者

氏名

下記のとおり受給資格証を添えて届出します。

記

1 変更届

| | | 新 | 旧 | 変更年月日 | |
|-----------|----------|-------|---|-------|--|
| 保護者 | 住所 | | | | |
| | 氏名 | | | | |
| | 加入 保険 | 種別 | | | |
| | | 記号・番号 | | | |
| | | 保険者 | | | |
| | | 所在地 | | | |
| 対象 高校生 | 住所 | | | | |
| | 氏名 | | | | |

2 消滅届

| | |
|------|--|
| 消滅事項 | |
| 理由 | |