

様式第7号（第9条関係）

小学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 小学生	住所				
	氏名				

2 消滅届

消滅事項	
理由	