様式第１０号（第１０条関係）

三沢市子ども医療費受給資格変更（消滅）届

年　　月　　日

（あて先）三沢市長

保護者（独立している子ども） 住　　所
保護者（独立している子ども） 氏　　名
電 話 番 号　（父）　　（母）

下記のとおり資格証を添えて届出します。

記

１　変更届

対象者	住　所			
	氏　名			
	資格証番号			
	変更内容	１　保険変更　　２　氏名変更　　３　その他（　　）		
	変更前		変更年月日	

加入保険を変更された方のみ、対象者の氏名が記載されている
健康保険証のコピーを貼付してください。この欄に貼付できない場合は裏面を使用してください。

貼付欄

２　消滅届

消滅事項	
理　　由	