

申請する年月日を記入してください。

三沢市子ども医療費受給資格変更（消滅）届

保護者の情報を記入してください。基本的に、**保険証の扶養者**が保護者となります。電話番号は、日中連絡のつく番号を記入してください。

令和3年 3月 15日

(あて先) 三沢市長

保護者住所 **三沢市桜町1丁目1-38**

保護者氏名 **三沢 太郎**

電話番号 **080-1234-1234**

下記のとおり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			
対象者	住所				
	氏名				

記入不要

2 消滅届

消滅事項	
理由	

記入不要