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

対象者	住　所			
	氏　名			
	資格証番号			

１　変更届

変更内容	□　保険変更　□　氏名変更　□　その他（　　）		
変更前		変更年月日	

医療保険各法の被保険者又は被扶養者であることを証する書類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

□　転　　出【 転出先：　　】
□　他 公 費【　　】
□　そ の 他【　　】