

福祉医療費受給資格 喪失 変更 届書

年 月 日

渋 川 市 長 様

(申請者)住 所
氏 名

次のとおり、福祉医療費の助成を受ける資格 等に変更があった
を喪失した ので届け出ます。

受給資格区分	1 子ども 2 重度心身障害 3 高齢重度障害者 4 母子家庭等				
受給資格者	氏 名	生年月日	申請者との続柄	受給資格者証番号	
受給資格喪失	資格喪失の理由	1. 他市町村への転出(転出先:) 2. 死亡 3. 生活保護の受給 4. 医療保険の被保険者・被扶養者等でなくなった。 5. その他()			
	資格喪失年月日	年 月 日			
変更事項	1. 住所 2. 医療保険の種類 3. その他()				
	変更年月日: 年 月 日				
	受給資格者(母子家庭等)		新	旧	受給資格者番号
		続柄	氏 名 生年月日	氏 名 生年月日	
		母・父	年 月 日生	年 月 日生	
		子	年 月 日生	年 月 日生	
		子	年 月 日生	年 月 日生	
	住所	新			
		旧			
	保険の種類	区 分	新	旧	
名 称					
記 号 ・ 番 号					
被保険者、組合員、加入者又は世帯主の氏名					
事業所名(保険者名)					
付加給付の有無					
税法上の扶養親族の数(母子家庭等のみ)					
その他の変更事項					

(注) 変更事項欄は、該当項目欄のみ記入のこと。