

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)		旧	新	受給資格者番号	
		続柄	氏 名	氏 名		
			生 年 月 日	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	旧	新		
		名 称				
記 号 ・ 番 号						
被保険者、組合員、加入者又は世帯主の氏名						
		個人番号				
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。

【番号】 個番C・住民票・（ ）

【本人】 免許証・個番C・（ ）