

様式第7号(規格 A4) (第13条関係)

福祉医療費受給資格
喪失
変更 届書

年 月 日

みどり市長 様

申請者 住 所
氏 名
電 話 (続柄)

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. 重度心身障害者等 3. 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・世帯員 | 旧 | 新 | | |
| | | | 続柄 | 氏 名 生 年 月 日 | 氏 名 生 年 月 日 |
| | | 年 月 日生 | 年 月 日生 | | |
| | | | 年 月 日生 | 年 月 日生 | |
| | | 年 月 日生 | 年 月 日生 | | |
| | | | 年 月 日生 | 年 月 日生 | |
| | | 年 月 日生 | 年 月 日生 | | |
| | | | 年 月 日生 | 年 月 日生 | |
| | 住所 地 | 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・()