

様式第7号(規格A4)(第13条関係)

福祉医療費受給資格
喪失届書
変更

年月日

みどり市長様

申請者 住所
氏名 (続柄)
電話

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・世帯員	△	旧	新						
		続柄	氏名	氏名	受給資格者番号					
			生年月日	生年月日	個人番号					
			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									
	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・()