

福祉医療費受給資格 喪失 変更 届書

みどり市長 様 年 月 日

(申請者) 住 所 氏 名 (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)		新		旧		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		
			年 月 日生		年 月 日生		
		子	年 月 日生		年 月 日生		
	年 月 日生		年 月 日生				
	子	年 月 日生		年 月 日生			
		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)							
その他変更事項							

(注) 変更事項欄は、該当項目欄のみ記入のこと。