

様式第6号(第6条関係)

年 月 日

資 格 変 更 届

阪南市長 様

届 出 人 住 氏 所 名 _____ (印)

対 象 者 住 氏 所 名 阪南市 _____ (印)
 (電話 _____)

医療証対象者番号

次のとおり変更しましたのでお届けします。

		新	旧	
1 変更事由	(1) 住 所			
	(2) 氏 名			
	(3) 世 帯 主 氏 名			
	保 険 関 係 の 変 更	保 険 者 関 係	保 険 者	
			保 険 者 の 名 称	
			保 険 者 の 住 所	
			保 険 者 の 給 付 内 容	
	被 保 険 者 関 係	被 保 険 者	氏 名	
			住 所	
			被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	
2 資格喪失事由	(1) 死 亡	/		
	(2) 転 出	転 出 先		
	(3) 社会保険各法本人となる	保 険 種 別 及 び 保 険 者 の 名 称		
	(4) 生活保護の開始	/		
	(5) そ の 他			
3 所得状況の変更	変 更 に な っ た 理 由			
4 変 更 (該 当) 年 月 日		年 月 日		

ご注意 1 届出人が対象者であるときは、届出人の住所、氏名は記入する必要はありません。

2 該当する番号を○で囲み、当該空欄に必要な事項を記入してください。

3 斜線欄は記入しないでください。