

ひとり親家庭医療受給資格(変更)(喪失)届

年 月 日

阪南市長 様

届出者 住所

番地

氏名

電話

下記のとおり受給資格に(変更)(喪失) ありましたのでお届けします。

変更事由		1 保険変更 達・)	2 住所変更	3 氏名変更	4 その他(18歳到		
資格の変更	受給者		父母又は養育者	児童	児童	児童	
		新	受給者番号				
			氏名				
			個人番号				
			住所				
		旧	受給者番号				
			氏名				
			個人番号				
	住所						
	加入医療保険		新		旧		
		保険種別	協・組・日・船・共・国		協・組・日・船・共・国		
		発行機関名					
所在地							
附加給付の有無		有・無()		有・無()			
記号・番号							
世帯主・被保険者等氏名 同上の住所							
資格の喪失	資格喪失の事由	1 死亡(氏名) 2 転出(転出先) 3 ひとり親家庭でなくなった 4 生活保護を受けるようになった 5 他の医療費公費負担制度へ移行 6 所得制限該当 7 その他(18歳到達・医療保険資格喪失・					
	(変更)(喪失)年月日	年 月 日					