

ひとり親家庭医療受給資格変更 (喪失) 届

年 月 日

岬町長あて

届出人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

下記のとおり受給資格に変更 (喪失) がありましたのでお届けします。

資格の変更	1 受給者	変更後	受給者番号		児童		児童		児童		
			氏名								
			住所								
		変更前	受給者番号								
			氏名								
			住所								
	2 加入医療保険			変更後				変更前			
		保険種別		協・組・日・船・共・国				協・組・日・船・共・国			
		発行機関の名称									
		発行機関の所在地									
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											
資格喪失	3 資格喪失の理由		ア 死亡 (氏名 ) イ 転出 (転出先 ) ウ ひとり親家庭でなくなった エ 生活保護を受けるようになった オ 社会保険各法の被保険者等になった カ 他の医療費公費負担制度へ移行 キ その他 (年齢到達 )								
変更 (喪失) 年月日			年 月 日			決	課長	代理	係長	担当者	
						裁					

処理欄	台帳		番号簿		統計		医療証		保険情報	
-----	----	--	-----	--	----	--	-----	--	------	--