

ひとり親家庭等医療費受給資格 変更届
喪失

年 月 日

(宛先) 小樽市長

届出人 住所 小樽市 丁目 番 号
町 番地

氏名 印 電話 携帯 自宅 ー ー
連絡先() ー ー

下記のとおり、資格を 年 月 日 に 変更・喪失 しましたので届け出ます。

受給者番号			
受給者氏名			
生 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

		新	旧								
資格 変更 事由	受給者	氏名 住所									
	加入医療保険	保険者名称 保険者番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 記号 番号 被保険者(世帯主、組合員)氏名 資格取得年月日 年 月 日									
	主計者	氏名 宛名番号 所得額 円 扶養人数 人 市民税 課税・非課税									
その他	自宅・携帯・連絡先(ー ー) 連絡先名										
資格 喪失 事由	転出(道内・道外)	転出予定日 年 月 日	処 理 欄								
	婚姻 事実婚 その他	措置入所 生活保護開始 所得超過 事由発生日 年 月 日	証 交 付 年 月 日 証 回 収 日 年 月 日 喪 失 日 年 月 日								

太枠の中を記入してください。

変更した部分のみで結構です。

課長	係長	係	入力	証回収	受付