

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
町

番
番地

号

氏 名

印

電 話

自 宅

—

—

携 帯

—

—

連絡先()

—

—

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(— —) 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