

ひとり親家庭等医療費受給資格		変更 喪失	届
(宛先) 小樽市長		令和 8 年 7 月 8 日	
届出人 住所 小樽市		花園 2 丁目	12 番 1 号
氏名 小樽 花恵		自宅 0134 - 32 - 4111	電話 携帯 012 - 3456 - 7890
		連絡先() - -	
下記のとおり、資格を 令和 8 年 4 月 1 日 に 変更・喪失 しましたので届け出ます。			
受給者番号	3△△△△△△	5〇〇〇〇〇〇〇	5◇◇◇◇◇◇◇
受給者氏名	小樽 花恵	小樽 つつじ	小樽 しらかば
生年月日	平成 3 年 3 月 3 日	令和 2 年 4 月 6 日	令和 5 年 5 月 5 日
新		旧	
資格 変更 事由	受給者	氏名 住所 証交付希望 (有 ・ 無)	
	加入 医療 保険	保険者名称 小樽市国民健康保険	
		保険者番号 0 1 0 0 3 3	
		記号番号 小樽 123456	
主計者	被保険者(世帯主、組合員)氏名 小樽 花恵		
	資格取得年月日 平成 ・ 令和 8 年 4 月 1 日		
	氏名 宛名番号		
その他	所得額 円		
	扶養人数 人 市民税 課税・非課税		
資格 喪失 事由	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 令和 8 年 7 月 31 日		
	その他 措置入所 生活保護開始 所得超過 事由発生日 令和 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。

変更の届出が必要となった部分について記入してください。
また、加入している健康保険が変更になった場合は、新しい健康保険の資格情報が確認できる書類（資格情報のお知らせ、資格確認証など）の写しを必ず添付してください。

市外に転出するなど、受給資格を喪失する届出を行う際は、現在、お手持ちの「ひとり親家庭等医療費受給者証」も併せて提出（返却）してください。

記入不要です