

重度心身障害者医療費受給資格 **変更** 届
喪失

28年 8月 5日

(宛先) 小樽市長

届出人 住所 小樽市 **花園 2** 丁目 **12** 番 **1** 号
町 番地

氏名 **小樽 一郎** 印 電話 携帯 **0134 - 32 - 4111**
連絡先() - - **012 - 3456 - 7890**

下記のとおり、資格を **28年 8月 1日** に **変更** 喪失 しましたので届け出ます。

受給者番号	2××××		
受給者氏名	小樽 一郎		
生年月日	S30年 8月 15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 小樽市国民健康保険 記号 小樽 番号 010033 被保険者(世帯主、組合員)氏名 小樽 太郎 資格取得年月日 28年 8月 1日	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 変更の届出が必要となった部分について記入願います。 また、加入医療保険が変更になった場合は、新しい健康保険証の写しを必ず添付してください。 </div>
	主計者	氏名 <small>宛名番号</small> 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
	その他	施設入所 生活保護開始 所得超過 事由発生日 年 月 日	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 資格喪失の届出の際には、現在お持ちの医療費受給者証も添付してください。 証回収日 喪失日 年 月 日 </div>

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