

重度心身障害者医療費受給資格		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 海 郎		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		9△△△△△△			
受給者氏名		小樽 海郎			
生 年 月 日		昭和 50 年 8 月 1 日		年 月 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				
	自宅・携帯・連絡先(- -)				
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「重度心身障害者医療費受給者証」も併せて提出（返却）してください。

記入不要です