こども医療費受給資格 変更・喪失 届

令和　　年　　月　　日

（宛先）　小樽市長

届出人　住　所　小樽市

氏　名

電話　自　宅　　－　　－
　　携　帯　　－　　－
　　連絡先（　　）　－　　－

下記のとおり、資格を　令和　　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	平・令　　年　　月　　日	平・令　　年　　月　　日	平・令　　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　）	氏名 住所
	加入医療保険	保険者名称 保険者番号 記号番号 被保険者（世帯主、組合員）氏名 資格取得年月日　平成・令和　　年　　月　　日	保険者名称 保険者番号 記号番号 被保険者（世帯主、組合員）氏名
	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	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	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　　年　　月　　日	処理欄
	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	区分変更　有・無 証交付日　令和　　年　　月　　日 証回収日　令和　　年　　月　　日 喪失日　令和　　年　　月　　日

課長	主査	係	入力	証回収	受付

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。