

こども医療費受給資格 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 号
番地

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 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
	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	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