

福祉医療費による医療の受給資格(変更・喪失)届書

区 分		変 更 喪 失	変 更 後
受 給 資 格 者 番 号			
受 給 資 格 者 氏 名		男 女 年 月 日生	男 女 年 月 日生
居 住 地 (住 所)			
医 療 保 険 の 加 入 状 況	被保険者証、組合員証又は加入者証の記号番号		
	被保険者、組合員、加入者又は世帯主の氏名		
	被保険者、組合員、加入者又は世帯主との続柄		
	被保険者、組合員、加入者又は世帯主の住所		
	保 険 者 の 所 在 地		
	保 険 者 の 名 称 ・ 番 号		
変 更 事 由		1 氏名の変更 2 転居 3 医療保険の加入状況の変更 4 その他 () 事実発生年月日 . .	
喪 失 事 由		1 死亡 2 転出 3 医療保険加入者資格の喪失 4 高確法第50条第1項第2号該当 5 その他 () 事実発生年月日 . .	
上 記 の と お り 届 け 出 ます。 年 月 日 (宛先)前橋市長 住所 (居住地) 氏 名 (保護者) 電話番号 ()			