

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 () <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;"> 事実発生年月日 . . </div>	
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 () <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-top: 5px;"> 事実発生年月日 . . </div>	
上記のとおり届け出ます。 年 月 日 (宛先)前橋市長 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 住 所 (居住地) 氏 名 (保護者) </div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 電話番号 () </div>		