

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 後
受給資格者番号	受給資格者の氏名等を記入してください。	3123456
受給資格者氏名	女	前橋 太郎 男女 令和 1 年 5 月 1 日生 日生
居	受給資格者証に記載ある「加入健康保険」の情報を ご記入ください。	前橋市〇〇町△丁目□
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	12345 - 6789 (記号) - (番号)
	被保険者、組合員、加入者又は世帯主の氏名	前橋 花子 前橋 花子
	被保険者、組合員、加入者又は世帯主との続柄	子 子
	被保険者、組合員、加入者又は世帯主の住所	前橋市〇〇町△丁目□ 前橋市〇〇町△丁目□
	保険者の所在地	※ 空欄で構いません ※ 空欄で構いません
	保険者の名称・番号	△△△△共済組合 ○○○○健康保険組合
変 更 事 由	1 氏名の変更 2 転居 3 医療保険の加入 4 その他 () お手元の健康保険証の情報を ご記入ください。 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 記入日及び保護者の方の住所、氏名、 電話番号をご記入ください。 年月日 . .	
上記のとおり届け出ます。 令和 2 年 10 月 1 日 (宛先)前橋市長 住所 (居住地) 前橋市〇〇町△丁目□ 氏名 (保護者) 前橋 花子 電話番号 027 (1234) 5678		