

福祉医療受給者受給資格内容等変更・喪失届兼同意書

受給者	医療証番号		住 所		南陽市			
	フリガナ 氏 名		生年月日		年 月 日			
			一部負担金		有 ・ 無			
変更・喪失年月日			年 月 日					
変 更			新		旧			
	1	氏 名						
	2	住 所		南陽市		南陽市		
	3	加 入 保 険	被保険者名					
			受給者との続柄				受給者との続柄	
		保 険 種 別		協・組・共・国・組 合 国 保 ・ 後 期 高 齢		協・組・共・国・組 合 国 保 ・ 後 期 高 齢		
		記 号 番 号						
		保 険 者 名						
		所 在 地						
	4		そ の 他					
喪 失	5	転 出		転出先住所				
	6	死 亡		年 月 日 死亡				
	7	生 保 開 始		年 月 日 生保開始				
	8	そ の 他						
備考								
					台帳 処理			
<p>重度心身障がい(児)者 子 育 て 支 援 医療受給資格内容等に上記のとおり変更が生じたので届出します。 ひとり親家庭等</p> <p>なお、この届出についての、受給者の世帯の課税台帳を閲覧することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>届出者 住所 (扶養義務者) 氏名 電話</p> <p>南陽市長 殿</p>								