

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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">届出者 住所 (扶養義務者) 氏名 電話</p> <p>南陽市長 殿</p>							