福祉医療受給資格等（変更・喪失）届出書

届出対象者	受給者氏名	生年月日	助成種別	受給者番号
			乳　こ　母　障　高　移	
			乳　こ　母　障　高　移	
			乳　こ　母　障　高　移	
			乳　こ　母　障　高　移	
			乳　こ　母　障　高　移	

該当番号に○をつけ、内容を記入してください。

1 変更	変更年月日						
	①加入医療保険	被保険者氏名			受給者との続柄		
		保険者名					
		保険者番号		記号		番号	
		保険種別	国・国組・協・組合・共済・他（　　）				
	②住所変更	（新）		（旧）			
	③氏名変更	（新）		（旧）			
	④その他（　　）						
	（新）		（旧）				
2 喪失	喪失年月日						
	喪失事由	1. 転出　2. 死亡　3. 障害等級変更（　　）　4. 生活保護認定 5 その他（　　）					

加東市長　様

上記のとおり、届出します。

年　月　日

住所

届出人

氏名

受給者との続柄（　　）

連絡先