

福祉医療受給資格等(変更・喪失)届出書

記入例(転居)

届出対象者	受給者氏名	生年月日	助成種別	受給者番号
	加東 伝の助	平成18年3月20日	乳 こ 母 障 高 移	3123456
	加東 太郎	平成27年9月10日	乳 こ 母 障 高 移	7123456
			乳 こ 母 障 高	
			乳	
			乳	

受給者証の受給者番号の欄に記載されている7で始まる7桁の番号を記入してください。

受給者番号記載箇所



該当番号に○をつけ、内容を記入してください。	① 加入医療保険 変更年月日 令和5年12月25日	
	被保険者氏名	
	保険者名	
	保険者番号	記
	保険種別	国・国組・協・組合・共済・他()
	②住所変更	(新) 加東市木梨1124番番地60 (旧) 加東市社50番地
	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。

令和5年 12月 25日

提出日を記入してください

届出人

住所 加東市木梨1134番地60

氏名 加東 一郎

受給者との続柄 (父)

連絡先 090-1234-5678

福祉医療受給資格等(変更・喪失)届出書

記入例(保険変更)

届出対象者	受給者氏名	生年月日	助成種別	受給者番号
	加東 伝の助	平成18年3月20日	乳 こ 母 障 高 移	3123456
	加東 太郎	平成27年9月10日	乳 こ 母 障 高 移	7123456
			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 加入医療保険 ② 住所変更 ③ 氏名変更 ④ その他 2 喪失	変更年月日	令和5年12月25日				
	被保険者氏名	加東 一郎	受給者との続柄	父		
	保険者名	〇〇〇〇〇〇健康保険組合				
	保険者番号	12345678	記号	12345	番号	987
	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)	
	喪失年月日					
	喪失事由	1. 転出 2. 死亡 3. 障害等級変更() 5 その他()				

受給者証の受給者番号の欄に記載されている7で始まる7桁の番号を記入してください。

受給者番号記載箇所



見本

加東市長様

上記のとおり、届出します。

令和5年 12月 25日

提出日を記入してください

届出人

住所 加東市木梨1134番地60

氏名 加東 一郎

受給者との続柄 (父)

連絡先 090-1234-5678

福祉医療受給資格等(変更・喪失)届出書

記入例(氏名変更)

届出対象者	受給者氏名	生年月日	助成種別	受給者番号
	加東 伝の助	平成18年3月20日	乳 こ 母 障 高 移	3123456
	加東 太郎	平成27年9月10日	乳 こ 母 障 高 移	7123456
			乳 こ 母 障 高	
			乳	
			乳	

受給者証の受給者番号の欄に記載されている7で始まる7桁の番号を記入してください。



受給者番号記載箇所

見本

① 加入医療保険	変更年月日	令和5年12月25日		
	被保険者氏名			
	保険者名			
	保険者番号		記号	
	保険種別	国・国組・協・		
② 変更	②住所変更	(新)	(旧)	
	③氏名変更	(新)	兵庫 伝の助、兵庫 太郎	(旧) 加東 伝の助、加東 太郎
	④その他 ()			
	(新)	(旧)		
③ 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。

令和5年 12月 25日

提出日を記入してください

届出人

住所 加東市社50番地

氏名 兵庫 花子

受給者との続柄 (母)

連絡先 090-1234-5678

福祉医療受給資格等(変更・喪失)届出書

記入例(扶養義務者)

届出対象者	受給者氏名	生年月日	助成種別	受給者番号
	加東 伝の助	平成18年3月20日	乳(こ)母障高移	3123456
	加東 太郎	平成27年9月10日	(乳)こ母障高移	7123456
			乳こ母障高	
			乳	
			乳	

受給者証の受給者番号の欄に記載されている7で始まる7桁の番号を記入してください。

受給者番号記載箇所



見本

該当番号に○をつけ、内容を記入してください。	変更年月日	令和5年12月25日			
	① 加入医療保険	被保険者氏名			
		保険者名			
		保険者番号		記号	
		保険種別	国・国組・協・()		
	② 住所変更	(新)	(旧)		
	③ 氏名変更	(新)	(旧)		
	④ その他 (扶養義務者)	()			
		(新)	(旧)		
		加東 花子	加東 一郎、加東 花子		
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。

令和5年 12月 25日

提出日を記入してください

届出人

住所 加東市社50番地

氏名 加東 花子

受給者との続柄 (母)

連絡先 090-1234-5678

福祉医療受給資格等(変更・喪失)届出書

記入例(転出)

届出対象者	受給者氏名	生年月日	助成種別	受給者番号
	加東 伝の助	平成18年3月20日	乳 こ 母 障 高 移	3123456
	加東 太郎	平成27年9月10日	乳 こ 母 障 高 移	7123456
			乳 こ 母 障 高	
			乳	
			乳	

受給者証の受給者番号の欄に記載されている7で始まる7桁の番号を記入してください。

受給者番号記載箇所



見本

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	
			保険者名	
			保険者番号	記号
			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	令和5年12月25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。

令和5年 12月 25日

提出日を記入してください

届出人

住所 加東市社50番地

氏名 加東 一郎

受給者との続柄 (父)

連絡先 090-1234-5678

福祉医療受給資格等(変更・**喪失**)届出書

記入例(死亡)

届出対象者	受給者氏名	生年月日	助成種別	受給者番号
	加東 伝兵衛	昭和10年11月5日	乳こ母障 高 移	5812345
			乳こ母障高移	
			乳こ母障高移	
			乳こ母障高移	
			乳こ母障高移	

受給者証の受給者番号の欄に記載されている7で始まる7桁の番号を記入してください。

受給者番号記載箇所



見本

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		
		保険者名		
		保険者番号	記号	
		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	令和5年12月22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。

令和5年 12月 25日

提出日を記入してください

届出人

住所 加東市社50番地

氏名 加東 一郎

受給者との続柄 (子)

連絡先 090-1234-5678