

受給資格変更（喪失）届

令和 年 月 日

泉南市長あて

届出人 住所 _____
 氏名 _____
 続柄（対象者の） _____ 電話 _____

下記のとおり変更しましたのでお届けします。

受 給 医 療		1. 子ども医療 2. ひとり親医療			
対 象 者	氏 名		生年月日		受給者番号
	氏 名		生年月日		受給者番号
	氏 名		生年月日		受給者番号
	氏 名		生年月日		受給者番号
変 更 項 目		変 更 後		変 更 前	
保 護 者	氏 名				
	住 所				
対	氏 名				
	住 所				
象 者	加 入 医 療 保 険	保 険 種 別	協・組・日・船・共・国・後	協・組・日・船・共・国・後	
		被 保 険 者 名 世 帯 主 名			
		記 号 番 号			
		保 険 者 番 号			
		資 格 取 得 日	年 月 日	年 月 日	
変 更（喪失）の事由		ア. 転出 ウ. 生活保護受給開始 オ. 保険資格変更 キ. 婚姻	イ. 死亡 エ. 他の医療費公費負担制度へ移行 カ. 転居 ク. その他（ ）		
変 更（喪失）年月日		令和 年 月 日			

*該当する番号および事項を○で囲み該当空欄に必要事項を記入してください。