

【保険証が変わった場合の変更届出書記載例】

函館市ひとり親家庭等医療費受給資格喪失 **変更**届出書

令和 ○年 ○月 ○日

函館市長様

保護者について
記載してください。

届出者

住所 函館市 ○○町 ○丁目 (番地) ○番 ○号
氏名 市役所 花子
電話 0138-98-7654

次のとおりひとり親家庭等医療費の受給資格の喪失(変更)について届け出ます。

受給者	受給者証の受給者番号	0001234	0009876															
	氏名	市役所 花子	市役所 緑															
	生年月日	昭和○年○月○日	令和○年○月○日	年 月 日	年 月 日													
	個人番号																	
	保護者との続柄																	
	被保険者との続柄	本人	子															
	主たる生計維持者との続柄	本人	子															
喪失	喪失事由の発生年月日	年 月 日	事由	21 生保開始 22 転出 23 死亡 26 婚姻 31 期間満了 32 制度移行 36 所得制限 39 その他														
	※喪失年月日	年 月 日	※受給者証回収年月日 令和 年 月 日															
変更事項	区分	変更後				変更前												
	医療保険	被保険者の氏名	市役所 花子				市役所 花子											
		被保険者の住所	函館市 ○○町 ○丁目 ○番 ○号				函館市 ○○町 ○丁目 ○番 ○号											
		種別	01 国保 02 国退本 03 国退扶 04 国保組合 05 協会健保 06 船員 07 日雇 08 健保 09 共済				国保 国退本 国退扶 国保組合 協会健保 船員 日雇 健保 共済											
	保険	被保険者証の記号・番号	函 1 2 3 4 5 6				12345678 1 2 3 4											
		任意継続の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				年 月 日 ~ 年 月 日											
		保険者の名称	函館市国民健康保険				全国健康保険協会											
	主たる生計維持者	保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	2	3	4	5	6	7
		氏名																
		個人番号																
住所																		
扶養人数		人(うち老人 人)								人(うち老人 人)								
所得額		円								円								
保護者	氏名																	
	個人番号																	
	受給者との続柄																	
自己負担区分	1 1割 ・ 2 なし ・ 4 なし→1割								1割 ・ なし ・ なし→1割									
変更年月日	年 月 日																	
※変更事由	40主たる生計維持者変更 41 保険変更 44 道市区分変更 52有効期間変更 54 保護者変更 59 その他 66 自己負担変更 67居住地特例変更																	
※備考															※所得	□該当 □非該当		

注 ※印欄は、記入しないでください。

公簿確認	受付	入力	検証

受付印