

函館市子ども医療費受給資格喪失・変更届出書

令和 年 月 日

函館市長様

住所 函館市 町 丁目 (番地) 番 号

届出者 氏名

電話

次のとおり子ども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	受給者証の受給番号				
	氏名				
	生年月日	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	平・令 年 月 日	
	個人番号				
	保護者との続柄				
	被保険者との続柄				
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 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			
		被保険者の住所	(番地) 函館市 町 丁目 番 号		(番地) 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
		被保険者証の記号・番号			
		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			
	保護者	保険者番号			
		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				
※備考					

注) ※印欄は、記入しないでください。

主たる生計維持者	氏名		受給者との続柄		受給者との続柄	
	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		

公簿確認	受付	入力	検証

受付印

