

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

住所 函館市 町 丁目 (番地) 番 号

届出者 氏名

電話

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						
	氏名						
	生年月日	年 月 日	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						
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			
※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	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	
	保険	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					
	項	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					
	主たる生計維持者	保険者番号					
		氏名					
		個人番号					
住所							
扶養者	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	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 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