

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							
	主たる生計維持者との続柄							
喪失	喪失事由の 発生年月日	年 月 日	事由	21 生保開始 31 期間満了	22 転 出 32 制度移行	23 死 亡 39 その他	26 婚 姻	
	※喪失年月日	年 月 日	※受給者証回収年月日 令和 年 月 日					
	区 分	変 更 後		変 更 前				
変 更 事 項	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		
		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 護 者	保険者の名称						
		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 67居住地地特例変更							
※ 備 考								

主たる生計維持者	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

公簿確認	受 付	入 力	検 証

受付印

※主たる生計維持者変更の場合は、裏面の同意書も記入してください。

※印欄は、記入しないでください。